



Centro Vela Dervio ASD  
Viale Degli Ulivi, 23824 Dervio (LC) - Italia  
Tel. +39 0341.850626 – Fax. +39 0341.1881018  
[www.centroveladervio.it](http://www.centroveladervio.it) – [segreteria@centroveladervio.it](mailto:segreteria@centroveladervio.it)



## MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI VELA SU CATAMARANI

NOME : \_\_\_\_\_ COGNOME : \_\_\_\_\_ M F

DATA E LUOGO DI NASCITA : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE. : \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CITTA': \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

PRECEDENTI ESPERIENZE VELICHE NO SI QUALI ? \_\_\_\_\_

SAI NUOTARE SI  
SEI GIA' SOCIO C.V.D. SI NO  
CERTIFICATO MEDICO SI

SONO INTERESSATO AL SEGUENTE CORSO :

\_\_\_\_\_

L'iscrizione al corso sarà valida solo con il versamento di una acconto pari al 50% della quota. Nel caso il corso non possa essere effettuato detta quota verrà restituita.

Quota Iscrizione: \_\_\_\_\_

La quota di iscrizione è comprensiva di partecipazione al corso, Tessera FIV e iscrizione al CentroVela Dervio per l'anno in corso

Il pagamento può avvenire in contanti o con assegno direttamente presso la segreteria, o tramite bonifico bancario intestato a Centro Vela Dervio, specificando nella causale di versamento 'CORSO CATAMARANI' ed il nominativo.

**Bonifico alla : Banca Popolare di Sondrio, Ag. di Dervio – ABI 05696 – CAB 51230 – c/c 2783/56**

**Coordinate bancarie nazionali: BAAN CIN: I ABI: 05696 CAB: 51230 C/C: 000002783X56**

**Coordinate bancarie internaz.: IBAN IT29 I056 9651 2300 0000 2783 X56**

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti fisici e di salute necessari per la partecipazione al corso come attestato da certificato medico in corso di validità.

DATA : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali (ai sensi della Legge 675/96) ai soli fini istituzionali dell'associazione.

DATA : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_