



DATA

AL DIRETTORE DIP. DIDATTICA

AL COORDINATORE REGIONALE

IL SOTTOSCRITTO

PRESIDENTE DEL CIRCOLO

N. FIAF

- RICHIEDE LA QUALIFICA DI CORSO CERTIFICATO (CON DOCENTI FIAF)

ORGANIZZATO/A DA _____

DAL TITOLO _____

CHE SI SVOLGERÀ PRESSO _____

DATE E ORARI _____

DOCENTE/I
FIAF

(NOME, COGNOME, ONORIFICENZA, N° TESSERA FIAF, OPPURE ASSOCIAZIONE, N° DI AFFILIAZIONE FIAF)

ALLEGRO DOCUMENTAZIONE DI AVVENUTO VERSAMENTO DELLA QUOTA PREVISTA, EFFETTUATO ALLA SEGRETERIA FIAF

Firma del Presidente

IL DIRETTORE DIP. DIDATTICA

ASSEGNA IL NUMERO RICONOSCIMENTO

DATA

FIRMA DEL DIRETTORE DIPARTIMENTO DIDATTICA