



SETTORE FORMAZIONE

## DOMANDA DI AMMISSIONE a CORSO FORMAZIONE INSEGNANTI DI KARATE SHOTOKAN

Al Responsabile Formazione  
**A.S.C – COMITATO PROVINCIALE DI SALERNO**

Il sottoscritto (è obbligatorio riempire tutti i campi – non saranno accettate compilazioni incomplete)

Cognome e Nome			
Nato/a a		In data	
Residente in		CAP	
Via/P.zza		N°	
Codice Fiscale			
Num. Telefono		E-mail	

## CHIEDE

di poter partecipare al Corso formativo per **Insegnante Tecnico Nazionale** A.S.C. indetto dalla vostra organizzazione per i mesi di settembre/ottobre 2017 in provincia di Salerno.

### Qualifica richiesta

<input type="checkbox"/>	<b>ALLENATORE</b>	<b>Obiettivi:</b> <i>fornire conoscenze culturali (generali e specifiche) per poter mettere in condizione il praticante di espletare le sue nuove funzioni di "insegnante" con la dovuta preparazione e di compiere così il primo passo nel mondo dell'insegnamento del Karate Tradizionale.</i>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUTTORE</b>	<b>Obiettivi:</b> <i>approfondire le conoscenze precedenti ed acquisirne di nuove a completamento di tutti gli elementi necessari alla programmazione ed alla formazione degli allievi di medio e alto livello.</i>
<input type="checkbox"/>	<b>MAESTRO</b>	<b>Obiettivi:</b> <i>consolidare le varie conoscenze e completarle con aspetti di grande rilevanza in funzione di un insegnamento di alto livello nelle varie fasce di età e per i vari obiettivi.</i>

Dichiara di essere in possesso dei seguenti Titoli

- Attestato partecipazione a Corso formativo
- Diploma di grado/qualifica
- Budo Pass o Cartellino tecnico

Rilasciato da \_\_\_\_\_  
(Federazione o Ente Sportivo)

La documentazione attestante i titoli indicati nella domanda sarà prodotta all'atto dell'ammissione al corso.

Ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/1996 n.675 e del D.Lgs n. 196/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si informa che i dati forniti verranno trattati nel rispetto della norma sopra citata e che, con la firma del presente modulo, si autorizza A.S.C. a tale trattamento.

Con la firma del presente modulo dichiaro che i dati in esso contenuti corrispondono al vero, assumendomi tutte le responsabilità civili e penali previste dalle leggi vigenti in caso di dichiarazioni mendaci.

Data, (gg/mm/aaaa)

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_