**CLUB**

**ALPINO**

**ITALIANO**

****

**15° CORSO PER IL TITOLO DI ACCOMPAGNATORE DI ALPINISMO GIOVANILE Area Veneta – Friuliana – Giuliana**

**Domanda di iscrizione**

Io sottoscritta/o………………………………………………………………………….………**.**

nata/o a ……………………......................................……………….il………………………

codice fiscale …………………………………………………………………………………....

Socia/o CAI dal …………... socio della Sezione di………………………………..……...

residente a ……………………………………………………………………………… ( …. ) in via……………………………………………..…………………………...N…….CAP…………

telefono ………………………….. e-mail ………………………………………………………

essendo in possesso dei requisiti richiesti, chiedo di essere ammessa/o al **15° Corso di qualifica per Accompagnatori di Alpinismo Giovanile.**

Dichiaro

* di avere preso visione dei Regolamenti Accompagnatori e dei Piani Didattici per AAG 01/2020;
* di conoscere le responsabilità proprie dell'attività.
* di avere le competenze tecniche richieste

Titoli – qualifiche – corsi di formazione CAI (indicare l’anno in cui si è svolto il corso)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego:

* fototessera
* *curricula* attività CAI, escursionistico, specifico AAG
* modulo competenze tecniche
* certificato medico per attività NON agonistica (provvisoriamente, viste le difficoltà legate all’emergenza COVID19 si accetta autocertificazione di sana costituzione e assenza di patologie che possano essere incompatibili con la partecipazione al corso). Il certificato rilasciato da struttura sanitaria competente dovrà essere consegnato prima della conclusione del corso AAG.
* ricevuta del versamento di € 150,00 (che invierò entro il 22/02/2022).

………………………... …………………

*Luogo e data*

***Richiedente Titolato ANAG/AAG Presidente della Sezione***

***(referente) (timbro e firma)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………... …………………

*Luogo e data*