



SARCEDO GUADAGNARE SALUTE 2015

Cognome / Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel/Cell _____ e-mail _____

CORSO DI YOGA (16 lezioni)

Segnare con una X il corso a cui si intende partecipare

- MARTEDÌ dal 27/01/2015 al 19/05/2015 (ore 18.15/19.45)
- MARTEDÌ dal 27/01/2015 al 19/05/2015 (ore 20.00/21.30)
- MERCOLEDI' dal 28/01/2015 al 18/05/2014 (ore 20.00/21.30)
- GIOVEDÌ dal 29/01/2015 al 21/05/2015 (ore 20.00/21.30)
- SABATO dal 24/01/2015 al 23/05/2015 (ore 8.00/9.30)

Sede del corso: Villa Cà Dotta – Via Roma - Sarcedo

Contributo spese: € 60,00 da versare al momento dell'iscrizione presso la Biblioteca Civica Piazza A. Vellere 1

Info: 0445/1856960

cultura@comune.sarcedo.vi.it - biblioteca@comune.sarcedo.vi.it

Il sottoscritto dichiara di non essere affetto da malattie cardiovascolari o da patologie compromettenti una sana attività fisica e sollevo questa Amministrazione da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 la informiamo che deteniamo i dati personali strettamente necessari per gli adempimenti di legge. Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003

Data _____ Firma _____



SARCEDO GUADAGNARE SALUTE 2015

Cognome / Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel/Cell _____ e-mail _____

CORSO DI YOGA (16 lezioni)

Segnare con una X il corso a cui si intende partecipare

- MARTEDÌ dal 27/01/2015 al 19/05/2015 (ore 18.15/19.45)
- MARTEDÌ dal 27/01/2015 al 19/05/2015 (ore 20.00/21.30)
- MERCOLEDI' dal 28/01/2015 al 18/05/2014 (ore 20.00/21.30)
- GIOVEDÌ dal 29/01/2015 al 21/05/2015 (ore 20.00/21.30)
- SABATO dal 24/01/2015 al 23/05/2015 (ore 8.00/9.30)

Sede del corso: Villa Cà Dotta – Via Roma - Sarcedo

Contributo spese: € 60,00 da versare al momento dell'iscrizione presso la Biblioteca Civica Piazza A. Vellere 1

Info: 0445/1856960

cultura@comune.sarcedo.vi.it - biblioteca@comune.sarcedo.vi.it

Il sottoscritto dichiara di non essere affetto da malattie cardiovascolari o da patologie compromettenti una sana attività fisica e sollevo questa Amministrazione da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 la informiamo che deteniamo i dati personali strettamente necessari per gli adempimenti di legge. Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003

Data _____ Firma _____