



REGIONE
LAZIO

**ALLEGATO R – RELAZIONE FINALE “PROGETTO DI AVVIAMENTO SPORTIVO RIVOLTO A PERSONE CON
DISABILITA’ INVALIDI CIVILI RESIDENTI NELLA REGIONE LAZIO 2023”**

SSD/ASD: _____

INDIRIZZO: _____

P.IVA/C.F.: _____

Nome e Cognome Tecnico: _____

Disciplina Sportiva: _____

ATLETA AVVIATO

Nome e Cognome: _____ **Età:** _____

Disabilità (compilazione a cura del CR CIP LAZIO):

1A 1B 1C 1D 2 3 4

Descrizione delle attività sportive svolte:

È interessato a proseguire nella pratica della disciplina sportiva al di fuori dei Corsi di avviamento?

SI

NO (specificare motivazione)

Coordinate Bancarie della ASD/SSD:

Luogo, data

Il Presidente dell'ASD/SSD

(firma)



REGIONE
LAZIO

STATINO PRESENZE ATLETA AVVIATO

NUMERO LEZIONE	DATA	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Luogo, data

**Firma del Presidente
Dell'ASD/SSD**