

Settore Istruzione Tecnica

Prot. SIT/pv/ 459

Roma, 2 febbraio 2022

Agli esaminandi

E p.c.

Spett.li Comitati Regionali e Provinciali F.I.N. interessati

Trasmissione via mail

Oggetto: Esami Allenatori Nuoto Sincronizzato – Roma 8 marzo 2022

Con la presente desideriamo informarVi che le valutazioni per il conseguimento del titolo di Allenatore Nuoto Sincronizzato si svolgeranno a Roma il giorno 8 marzo p.v. presso il Centro di Preparazione Olimpica Giulio Onesti (L.go Giulio Onesti, 1).

Vi invitiamo a prendere visione dell'allegato per conoscere in quale sessione dovrete sostenere la valutazione (sessione mattutina ore 9.00 – sessione pomeridiana ore 14.00).

In fase di accredito agli esami sarà necessario consegnare la certificazione delle ore di tirocinio svolte presso una Società affiliata alla FIN sotto la guida di un Allenatore/Allenatore Capo di Nuoto Sincronizzato, utilizzando il facsimile allegato alla presente convocazione.

Vi ricordiamo inoltre che sono necessari:

- la massima puntualità
- esibire la certificazione verde Covid-19 rafforzata per l'accesso ai locali
- indossare mascherina FFP2 o superiore
- rispettare le norme di distanziamento sociale.

Nel ringraziarVi per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti.

Il Segretario Generale

Dott. Antonello Panza



ESAMI ALLENATORI NUOTO SINCRONIZZATO

Roma 8 marzo 2022

Sessione ore 9.00

Comitato	Cognome	Nome
CAMPANIA	Napolitano	Milena
LAZIO	BOZZO	ELISA
	BURTONE	LAURA
	CARONI	CHIARA
	Catalini	Silvia
	DE VECCHIS	ELEONORA
	Felice	Roberta
	FLAMINI	MANILA
	Guidalotti	Marta
	Marini	Beatrice
	MICCHELINI	EMANUELA
	Puxeddu	Federica
	Tornari	Arianna
	TORREGIANI	ILARIA
	Urbinati	Chiara

Sessione ore 14.00

Comitato	Cognome	Nome
ABRUZZO	Di Giandomenico	Marianna
	Milani	Carla Serena
	PETRICCA	SABRINA
E.ROMAGNA	Brunetti	Mara
	CAVALLINI	MICHELLE
	Mantovani	Simona
	Pecci	Isabella
LOMBARDIA	Giordano	Monica
PIEMONTE	GUGLIERI	FULVIA
SARDEGNA	Senes	Claudia
SICILIA	Corsino	Diletta Maria
	DI MARIO	CONCITA
TOSCANA	VANI	REBECCA
VENETO	Duchini	Beatrice

MODULO ATTESTAZIONE TIROCINIO (DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA DELLA SOCIETÀ)

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante della ASD/SSD _____

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

ha completato il tirocinio previsto per il rilascio della qualifica di _____

come previsto dal Regolamento del Settore Istruzione Tecnica nel periodo _____

In fede

Luogo e data _____

Firma
