



INTEGRAZIONE MODULISTICA MAP PROGRAM

Il sottoscritto:

Cognome Nome

Qualifica PCR attuale Numero di socio

richiede il riconoscimento e conversione della seguente esperienza di insegnamento:

	Data inizio	Data Fine	Sede	Mesi	Punteggio	Firma responsabile tecnico
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____

PUNTEGGIO COMPLESSIVO _____

Per ogni mese di insegnamento nel padel vengono riconosciute **5 ore MAP**.

N.B.: Il richiedente è responsabile della veridicità dei dati trasmessi.

Come prova valida per l'assegnazione del punteggio MAP, è necessario apporre la firma del responsabile tecnico o del presidente del circolo che attesti la veridicità delle informazioni.

La documentazione di cui sopra va allegata al foglio riepilogativo MAP.

Il richiedente conferma, con la sua firma, che l'esperienza lavorativa è stata effettivamente svolta.

DATA FIRMA

RISERVATO ALL'UFFICIO PTR	
DATA	CONFERMA