

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di VENERDI' 25 Maggio 2018 via Fax allo 06 233213966 o in allegato via email a roma@tds-live.com

ASD Palestrina
Running

ITOP S.p.a. Officine
Ortopediche

Insieme oltre ogni limite

Domenica 27 Maggio 2018

Ritiro pettorali la mattina della gara in zona partenza (Via Prenestina Nuova 307)

IBAN: IT57Q0200839320000030051572 specificando il nome della società

Info line

3355246595

3924601561

3332647405

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas....)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2018 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico).

Il Presidente (Timbro e Firma)

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel.

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di VENERDI' 25 Maggio 2018 via Fax allo 06 233213966 o in allegato via email a roma@tds-live.com

Nome società

Codice FIDAL

Ente di promozione sportiva (Uisp, Aics, Libertas....)

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2018 e sono in regola con le vigenti norme sulla tutela sanitaria (certificato medico sportivo agonistico).

Il Presidente (Timbro e Firma)

.....

Data

Il Presidente

e-mail

Tel.