

ATTENZIONE : Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 18.00 di LUNEDÌ 30 Maggio 2016 via Fax al 06 233 213 966 o in allegato via email a roma@tds-live.com



10° TROFEO CITTA' DI NETTUNO

Nettuno, 2 Giugno 2016 ore 9.30

Ritiro pettorali la mattina della gara dalle ore 7,30 alle ore 9,00 in zona partenza (U.T.T.A.T. ex poligono militare di Nettuno, con ingresso C.R.D.D. - circolo ricreativo dipendenti difesa - Via Acciarella di fronte entra Bosco di Foglino)



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								
14								

* 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 2016 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 18.00 di LUNEDI' 30 Maggio 2016 via Fax al 06 233 213 966 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

* 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 2016 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.