

ATTENZIONE : Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 21.00 di MARTEDI' 21 Febbraio 2017 via Fax al 06 233 213 966 o in allegato via email a roma@tds-live.com



XMILIA 3[^] edizione

Roma 26 Febbraio 2017

Ritiro pettorali: Sabato 25 Febbraio dalle 10 alle 19 c/o LBM Sport in Via Tuscolana 187/A



Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	PEO** (SI/NO) Riservato militari	Grado	Tipo Tesseramento*	Telefono e/o e-mail
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

* 1 - FIDAL Seniores M/F 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS)

** PEO = Prova Efficienza Operativa

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2017 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 21.00 di MARTEDI' 21 Febbraio 2017 via Fax al 06 233 213 966 o in allegato via email a roma@tds-live.com



XMILIA 3[^] edizione

Roma 26 Febbraio 2017

Ritiro pettorali: Sabato 25 Febbraio dalle 10 alle 19 c/o LBM Sport in Via Tuscolana 187/A



Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	PEO** (SI/NO) (Riservato militari)	Grado	Tipo Tesseramento*	Telefono e/o e-mail
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								

* 1 - FIDAL Seniores M/F 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS)

** PEO = Prova Efficienza Operativa

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno 2017 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.