

COMITATO PROVINCIALE DI LUCCA

Campo da Riempire Obbligatoriamente per effettuare il tesseramento

Presidente _____
Vice Presidente _____
Email _____
Cellulare _____



NOME SOCIETÀ
.....
DATA CONSEGNA.....

Il sottoscritto, Presidente della Società sopra indicata, chiede con la presente il tesseramento dei seguenti atleti(A) o dirigenti(D)

			COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO MAIL
1	A	D			
2	A	D			
3	A	D			
4	A	D			
5	A	D			
6	A	D			
7	A	D			
8	A	D			
9	A	D			
10	A	D			
11	A	D			
12	A	D			
13	A	D			
14	A	D			
15	A	D			
16	A	D			
17	A	D			
18	A	D			
19	A	D			

Si attesta la veridicità dei dati sopra riportati. Si attesta inoltre che i suddetti hanno consentito al tesseramento e non hanno sottoscritto altra richiesta di tesseramento per la stessa manifestazione.