

Società

Il/La sottoscritto/a* _____ sesso* _____

Nato/a a* _____ Prov* _____ il* ____/____/____

C.F.* _____

Residente in V/P.zza* _____ n*. _____ C.A.P.* _____

Città* _____ Prov* _____ Tel* ____/____/____ -

email _____

Società di provenienza se trasferito/a* _____

Richiede il tesseramento in qualità di Atleta: Senior 1 (€32,00) da Senior 2 a Senior 4 (€45,00)
Master (€45,00)

Firma atleta* _____

Il sottoscritto in qualità di Presidente della Società dichiara che gli atleti di cui è stato richiesto il tesseramento nel presente modulo, sottoposti alla visita medica prescritta dalle vigenti norme sanitarie sportive, sono stati dichiarati idonei all'attività sportiva, e che i certificati medici agonistici, sono depositati presso la Società.

_____ li, ____/____/____

A.S.D. PODISTICA SOLIDARIETA'
Il Presidente
Giuseppe Coccia