TESSERAMENTO
ATLETI
ANNO 2024

FITRI Federazione Italiana Triathlon

SCHEDA TESSERAMENTO SENIOR/MASTER

Società PODISTICA SOLIDARIETA'

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 ☐ Master ☐

Firma atleta*

_____

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

_____li, _____/_____/_____

Il Presidente
GIUSEPPE COCCIA