

LISTA PARTECIPANTI (dati obbligatori*)

	Cognome*	Nome *	Data Nascita*	Luogo Nascita*	Codice Fiscale*												E-mail obbligatoria * (scrivere in modo leggibile)	Cellulare	
1			/ /	()														@	
2			/ /	()														@	
3			/ /	()														@	
4			/ /	()														@	
5			/ /	()														@	
6			/ /	()														@	
7			/ /	()														@	
8			/ /	()														@	
9			/ /	()														@	
10			/ /	()														@	
11			/ /	()														@	
12			/ /	()														@	
13			/ /	()														@	
14			/ /	()														@	
15			/ /	()														@	
16			/ /	()														@	
17			/ /	()														@	
18			/ /	()														@	
19			/ /	()														@	

ATTENZIONE

SECONDO LE NUOVE NORMATIVE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PARTECIPANTI OGNI TESSERATO DEVE FORNIRE LA SUA CASELLA E-MAIL DOVE SARANNO INVIATE TUTTE LE INFORMATIVE RELATIVE PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO SPORTIVA OBBLIGATORIA, COLORO CHE NON RICEVERANNO LA SUDETTA MAIL, NON POTRANNO PENDERE PARTE ALLE MANIFESTAZIONI