

ATTENZIONE: il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di mercoledì 12 dicembre 2018

OlimpiaEur

CorriOlimpiaEur - VII edizione

domenica 16 dicembre 2018

ritiro pettorali sabato 15 dicembre presso il negozio Sportuno,
in Lungotevere di Pietra Papa 177, a Roma, orario 10:00 -18:00

Info Line

338 43 15 944

www.olimpiaeur.com

Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno **2018** 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 presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di mercoledì 12 dicembre 2018

OlimpiaEur

CorriOlimpiaEur - VII edizione

domenica 16 dicembre 2018

ritiro pettorali sabato 15 dicembre presso il negozio Sportuno,
in Lungotevere di Pietra Papa 177, a Roma, orario 10:00 -18:00

Info Line

338 43 15 944

www.olimpiaeur.com

Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tesseramento*	Nazionalità	Indirizzo, città, provincia	Telefono e/o e-mail

* 1 - FIDAL agonisti 2 - Ente di Promozione Sportiva o Altra Federazione (EPS) 3 - Runcard

Il Presidente della società sopra indicata dichiara che i _____ (indicare il numero) atleti scritti in questa lista sono regolarmente tesserati per l'anno **2018** 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.