

ENTE/REPARTO/ SOCIETA' APPARTENENZA

Sede		Referente		Nr. Tel.		E-mail	
------	--	-----------	--	----------	--	--------	--

Trofeo Nazionale A.M. di km 10 - Ferrara 18 GIUGNO 2019

Grado o Qualifica	Cognome	Nome	Sesso M/F	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	Pett.le e pacco gara 15€ (20€ dal 1° giugno 2019)

(1) Il modulo d'iscrizione sarà ritenuto valido se tutti i campi saranno regolarmente compilati.

Si dichiara che il personale sopra elencato:

- è in possesso di certificato medico d'idoneità agonistica specifico per l'atletica leggera in corso di validità alla data del 19 GIUGNO 2019, come da certificato acquisito agli atti;
- ha letto, è a conoscenza ed ha accettato quanto stabilito dal regolamento della manifestazione e delle normative in materia vigenti.

TIMBRO E FIRMA FUNZIONARIO RESPONSABILE