

SCHEDA DI ISCRIZIONE: QUOTA SQUADRA € 250,00 – DEPOSITO CAUZIONALE € 50,00 OBBLIGATORIO

COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE E CONSEGNARLO **ENTRO VENERDÌ 30 OTTOBRE 2015:**

▶ **RECAPITO A MANO: ▶ c/o C.U.S. Verona Viale Università, 4 VR**

Solo per info: Area Sport Tel 045.575837 – CUS VR Cell. 340.3607841 (Alessandro)

<u>DIPARTIMENTO</u>	
<u>DENOMINAZIONE SQUADRA</u>	
RESPONSABILE SQUADRA	Cognome _____ Nome _____
DOCUMENTO (C.I. – Pat.) NUMERO DI MATRICOLA UNIVR	Nr. Comune di Nr.
RECAPITO CORRISPONDENZA (via/piazza, n. civ., C.A.P., Comune, Provincia)	
RECAPITI TELEFONICI	Tel. ab. _____
	Cell.: _____ Fax: _____
<u>E-MAIL</u>	

QUALIFICA	ELENCO GIOCATORI	NUMERO MATRICOLA	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO E-MAIL RECAPITO TELEFONICO
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:
STUDENTE <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> PERS. TE/AM <input type="checkbox"/>	Cognome _____ Nome _____		/ /	E-mail: Tel.:

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 23 d.lgs 196/2003, consente alla trattazione dei dati personali degli atleti atti all'iscrizione e ne autorizza l'utilizzo anche per tutte le comunicazioni inerenti alla manifestazione