



Lista Tesserati Anno 2015

Denominazione del Sodalizio				Codice Sodalizio			
Sede Legale			C.A.P.	Comune		Provincia	
Prefisso e n° Tel.		Fax	E-mail			Codice Fiscale	

N.°	Numero tessera	COGNOME E NOME	Data di nascita	INDIRIZZO	CAP	E-MAIL

La firma del Presidente del Sodalizio o di chi ne fa le veci, attesta:

- a) la validità di quanto riportato nel presente modulo;
- b) che la relativa documentazione medica è custodita dal Sodalizio.

Data _____	Il Presidente del Sodalizio _____
Tipo doc. _____ N° _____	

**TIMBRO
SODALIZIO**

Data di vidimazione
e Timbro
del Comitato CSAIn