

**ATTENZIONE:** Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di **GIOVEDI' 30 Maggio 2019** via Fax al 06 233 213 966 o in allegato via email roma@tds-live.com



## ETRURIAN TRAIL

Necropoli di Cerveteri, Domenica 02 Giugno 2019

Ritiro pettorali la mattina della gara dalle ore 7 alle ore 8,30 in zona partenza

COORDINATE BANCARIE PER PAGAMENTO

IBAN: IT67N0200805108000105141500 - ALSIUM CAERE TRAIL A.S.D.

[www.alsiumcaeretrail.it](http://www.alsiumcaeretrail.it)

Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tess	Nazionalità	Best Time 10 km anno 2017/18/19	Telefono e/o e-mail
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

\* 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 2019 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 modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro le ore 20.00 di **GIOVEDI' 30 Maggio 2019** via Fax al 06 233 213 966 o in allegato via email roma@tds-live.com

Nome società

Codice FIDAL

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

N°	Cognome	Nome	Sex	Anno o data di nascita	Tipo Tess	Nazionalità	Best Time 10 km anno 2017/18/19	Telefono e/o e-mail
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

\* 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 2019 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.