



## MODULO D'ISCRIZIONE

# CAMPIONATO ITALIANO PER SORDI DI CICLISMO SU STRADA

«MEMORIAL CASALI ALVARO»

Società \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N.	Cognome	Nome	Anno	N. Tessera FSSI	N. Tessera FCI	N. Tessera UDACE	N. Tessera ALTRE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ Firma del Presidente