



Federazione Sport Sordi Italia

MODULO TESSERAMENTO PER IL COMITATO REGIONALE / PROVINCIALE / DELEGATO STAGIONE SPORTIVA 2009/2010

Denominazione Comitato Regionale/Provinciale/Delegato

FOTO N. 1

Si prega di incollare la foto tessera originale non spillare e non si accettano le stampe e/o fotocopiate.

Cognome : _____

Nome : _____

Comune di nascita : _____ (Prov. _____)

Data di nascita : ____ / ____ / ____ Sesso: M F

Codice Fiscale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento : Patente Carta d'identità Passaporto

N. _____ Data rilascio ____ / ____ / ____

Scadenza ____ / ____ / ____

Comune di residenza : _____
(Prov. _____)

Indirizzo : _____

N. _____ Scala _____ CAP | | | | | | | |

TEL./DTS : _____ / _____

Fax : _____ / _____

Cell. : _____ / _____

E-mail : _____

UDENTE - ESAME AUDIOMETRICO OBBLIGATORIO

QUALIFICA COMITATO REGIONALE

ATR		ALTRI
PRE 02	<input type="checkbox"/>	PRESIDENTE
VPR 03	<input type="checkbox"/>	VICE PRESIDENTE
CON 05	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE
CON 07	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE RAPP. ATLETI
CON 08	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE RAPP. TECNICI
SEG 01	<input type="checkbox"/>	SEGRETARIO
COL 05	<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE
DEL 01	<input type="checkbox"/>	DELEGATO

QUALIFICA COMITATO PROVINCIALE

ATR		ALTRI
PRE 03	<input type="checkbox"/>	PRESIDENTE
VPR 04	<input type="checkbox"/>	VICE PRESIDENTE
CON 06	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE
CON 09	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE RAPP. ATLETI
CON 10	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE RAPP. TECNICI
SEG 02	<input type="checkbox"/>	SEGRETARIO
COL 06	<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE
DEL 02	<input type="checkbox"/>	DELEGATO

Data, ____ / ____ / ____

Timbr

Firma _____





Federazione Sport Sordi Italia

N.B. Si prega di compilare tutti i dati e inviarli insieme agli allegati n. 1 e 2 sotto riportati.







Federazione Sport Sordi Italia

ALLEGATO 1**STAGIONE SPORTIVA 2009 / 2010**

Denominazione Comitato / Delegato Regionale/Provinciale

COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

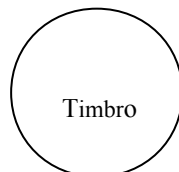
PRESIDENTE Sig. _____ Comune di Residenza _____ (Prov. _____)	
Via _____	N. _____ CAP _____
Fax _____ e-mail _____	 _____
VICE PRESIDENTE Sig. _____ Comune di Residenza _____ (Prov. _____)	
Via _____	N. _____ CAP _____
Fax _____ e-mail _____	 _____

CONSIGLIERI

Cognome e Nome	Indirizzo completo
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Al presente modulo deve essere allegata la copia originale del versamento effettuato presso la posta della tassa di tesseramento della Stagione Sportiva 2009/2010 dei componenti del Consiglio Direttivo del Comitato Regionale/Provinciale/Delegato con bollettino di c/c postale n. 65849705 intestato alla Federazione Sport Sordi Italia - Via Flaminia Nuova, 830 - 00191 Roma (N. _____ x € 26,00 = € _____)

Data _____



IL PRESIDENTE





Federazione Sport Sordi Italia

ALLEGATO 2

SI PREGA DI INCOLLARE FOTO TESSERA (UNA DEVE ESSERE ALLEGATA AL MOD. CR-P-D) "STAGIONE SPORTIVA 2009 / 2010"

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

FOTO

Si prega di incollare
la foto tessera
originale
non spillare

(nominativo)

