



Modulo di Raccolta Dati per Tesseramento Diretto Indoor Rowing alla FIC

Cognome e nome: _____

Data e Comune di nascita: _____

Genere M F Nazionalità _____

Codice Fiscale _____

Data emissione certificato agonistico _____ validità _____

Indirizzo domicilio/residenza _____

Comune e Provincia _____

E-mail e recapito telefonico: _____

Struttura presso cui viene svolta l'attività Indoor Rowing (denominazione)

Comune: _____

Provincia: _____

Tipologia:

☐ ASD/SSD non FIC

☐ Scuola

☐ Palestra/Fitness Club

☐ Università

☐ Altro

☐ dichiaro di conoscere e accettare integralmente lo Statuto federale ed i Regolamenti federali.

☐ dichiaro sotto la mia responsabilità che il certificato medico agonistico presentato è in corso di validità e conforme alla normativa vigente.

Luogo, data

Firma