# LISTA GENERALE DI SQUADRA

| NOME SQUADRA: | | COLORE DIVISA: | |
|---|---|---|---|

| N° | NOME e COGNOME | GG/MM/AA | NAZIONALITÀ | CITTÀ (nascita) | CODICE FISCALE | CELLULARE | TIPO ASS.ZIONE | RUOLO | TAGLIA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ALL. | | | | | | | | | | |
| DIR. | | | | | | | | | | |
| DIR. | | | | | | | | | | |

CAMPI OBBLIGATORI DA COMPILARE

**TIPI DI ASSICURAZIONE (LEGENDA): A1 costo € 5,00 A2 costo €25,00**

*Tutti i partecipanti apponendo la propria firma sul presente documento dichiarano di essersi sottoposti alle specifiche visite mediche e di esser in possesso di regolare certificato di idoneità sportiva,al fine di preservare la propria integrità fisica e dichiarano inoltre di aver effettuato l' assicurazione per eventuale danno fisico riportato nel torneo sollevando da ogni responsabilità l' organizzazione del torneo. Dichiara inoltre di aver preso visione e approvato il regolamento generale della manifestazione a cui si riferisce il presente modulo.*

Luogo e Data _____

In fede, il dirigente responsabile della squadra _____

*Evento organizzato daA.S. Crese - Associazione Sportiva e Culturale in collaborazione con MSP ITALIA CONI*