



# COMPOSIZIONE TEAM TEAM COMPOSITION



NOME DEL TEAM: team name			SESSO	Data di nascita ente - num. Tessera Date of birth - license number
compilare tutti i campi				
1) Nome Cognome <b>CAPITANO:</b> Name Surname <b>CAPTAIN:</b>			M F	/ /
Città city	cap.	prov. country		Ente Federation:
via address	nr°			nr.
cell.	Firma signature			email:
2) Nome Cognome: Name Surname:			M F	/ /
Città city	cap.	prov. country		Ente Federation:
via	n°			nr.
cell.	Firma signature			email:
3) Nome Cognome: Name Surname:			M F	/ /
Città city	cap.	prov. country		Ente Federation:
via	n°			nr.
cell.	Firma signature			email:
4) Nome Cognome: Name Surname:			M F	/ /
Città city	cap.	prov. country		Ente Federation:
via	n°			nr.
cell.	Firma signature			email:

**VISITA MEDICA SPORTIVA AGONISTICA O TESSERA DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO GARA**  
MEDICAL SPORTS CARD LICENSE TEAM TO DELIVER THE OFFICE RACE

IL Presidente/Capitano della Società/Squadra con la propria firma dichiara di aver preso visione del regolamento della manifestazione e di accettarlo in ogni sua parte.

FIRMA DEL CAPITANO  
CAPTAIN SIGNATURE

INVIARE IL MODULO INSIEME AL RESTO DELLA DOCUMENTAZIONE A [iscrizioni@dolomitics.it](mailto:iscrizioni@dolomitics.it)  
Send this page with other documents to: [iscrizioni@dolomitics.it](mailto:iscrizioni@dolomitics.it)