



AUTOCERTIFICAZIONE
STAGIONE AGONISTICA
2018-2019

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

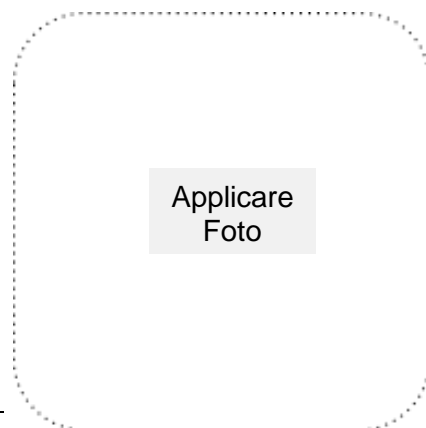
LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

SOCIETA' DI APPARTENENZA _____



(firma se maggiorenne)

(firma del genitore se **minorenne**)

Rimini, _____

Il Presidente del Comitato Territoriale _____