Allegato A

DOMANDA D'ISCRIZIONE
CUORI SENZA FRONTIERE 2017

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ (Prov.____) C.F. _____

Tel. _____ e-mail _____

DICHIARO

1. Di aver letto, preso coscienza ed accettato in tutte le sue parti il Regolamento CUORI SENZA FRONTIERE 2017
2. Ai sensi dell'Art. 1 comma 2 del suddetto Regolamento, di essere il CAPITANO della squadra

_____ così composta:

(nome squadra)

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	

3. Di provvedere al versamento, di €50,00 (€5,00 per giocatore) al Gruppo Donatori Sangue Fratres Letojanni secondo quanto disposto all'Art. 2 del Regolamento CUORI SENZA FRONTIERE 2017

_____ _____

Luogo e data Firma