#  **Alla Federazione Sport Sordi Italia**

# **Beach Volleyball**

 **dtbeachvolley@fssi.it**; **tesseramento@fssi.it** **bucca@fssi.it**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

### CAMPIONATO ITALIANO FSSI DI BEACH VOLLEYBALL 2016

# Io Sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome:  | Nome:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tel. casa:  | Fax:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cellulare: | e-mail:  |

Tesserato/a per la stagione sportiva 2015/2016 con il sodalizio:

|  |  |
| --- | --- |
| Società FSSI: | n°tesseramento FSSI:  |

## CHIEDO

di essere ammesso a partecipare al Campionato Italiano FSSI BVB 2016:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Località: | data:  | M | F |

|  |
| --- |
| In coppia con: che invierà separatamente la propria iscrizione |

|  |
| --- |
| Denominazione squadra (facoltativo): |

|  |
| --- |
| Allenatore (facoltativo): |

Dichiaro a tal fine di possedere i requisiti per la partecipazione, di aver preso conoscenza del Regolamento specifico e della circolare d’indizione e di impegnarmi a rispettarne i termini.

 *firma dell'atleta*

|  |  |
| --- | --- |
| *data:*  |  |

NOTA BENE:

1. Il presente modulo deve essere riempito nella sua completezza e spedito alle mail della FSSI entro e non oltre martedì 13 settembre 2016
* Il versamento della quota di iscrizione pari a Euro 10,00/atleta (20,00/coppia) deve essere effettuato alla riunione tecnica del venerdì sera.
1. La domanda di partecipazione - a pena di irricevibilità - deve essere accompagnata dalla richiesta di conferma ricezione messaggio posta del destinatario (DT o Prof. Bucca o Segreteria)