



IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

PRESIDENTE/RESPONSABILE della Società/Ass.ne Sportiva  
\_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA  
\_\_\_\_\_

Preso visione del regolamento della COPPITALIA REGIONALE FVG a squadre, che accetta integralmente

CHIEDE

l'ammissione della squadra \_\_\_\_\_  
composta dai giocatori/giocatrici compresi  
nell'elenco allegato (utilizzare un modulo per squadra).

Viene nominato Capitano \_\_\_\_\_ tessera UISP n. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Dichiara di mettere a disposizione: n° \_\_\_\_\_ campi con superficie  
in \_\_\_\_\_

con indirizzo: \_\_\_\_\_

Metterà a disposizione palle da tennis modello \_\_\_\_\_

Le competizioni giocate in casa inizieranno alle ore \_\_\_\_\_  
del giorno \_\_\_\_\_ \* (indicare sabato o domenica)

Versa contestualmente all'iscrizione la somma di Euro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro firma del Presidente

\_\_\_\_\_

Maschile   
Femminile   
Mista



Associazione/Circolo \_\_\_\_\_

Nome della squadra \_\_\_\_\_

ELENCO ISCRITTI ALLA COPPITALIA anno 2024

N	Cognome e Nome	Data di nascita	N° Tessera
.			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Si dichiara che tutti i giocatori sono provvisti di Certificato Medico Sportivo Agonistico

Il Presidente

\_\_\_\_\_

NB restituire a : [tennis.friuliveneziagiulia@uisp.it](mailto:tennis.friuliveneziagiulia@uisp.it) entro il 31 Gennaio