

Spett. Le Marialuisa De Simone
Presidente Uisp Palermo APS

RICHIESTA TESSERAMENTO SOCIO INDIVIDUALE

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ CELLULARE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

CITTÀ _____ CAP _____

E-mail _____

CHIEDE

DI ESSERE TESSERATO COME SOCIO INDIVIDUALE PRESSO IL VOSTRO ENTE PER
LA/E SEGUENTE/I DISCIPLINA/I. _____

A TAL FINE ALLEGA CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO/ NON AGONISTICO IN
CORSO DI VALIDITA'.

Data _____

Firma _____