



ALLA ASSOCIAZIONE ITALIANA CULTURA SPORT  
A.I.C.S. Comitato Provinciale di Pordenone APS

La Società \_\_\_\_\_ codice A.I.C.S. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** di essere iscritta alle attività di campionato VOLLEY MISTO per la stagione 2023-2024

con la seguente denominazione \_\_\_\_\_

**Recapito Corrispondenza** \_c/o \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ (Obbligatoria)

**Dirigente responsabile della Squadra** Signor \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Campo di gara** - \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**Giornate degli incontri:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inizio gara alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inizio gara alle ore \_\_\_\_\_

**Giornate per i recuperi:**

\_\_\_\_\_ inizio gara alle ore \_\_\_\_\_

**Abilitati utilizzo defibrillatori:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**e indica i seguenti nominativi ai corsi proposti:**

**REFERTISTA SEGNAPUNTI**

Signor _____
Via _____ n. _____
Cap. _____ Città _____
tel _____ cell. _____ e-mail _____
Signor _____
Via _____ n. _____
Cap. _____ Città _____
tel _____ cell. _____ e-mail _____
Signor _____
Via _____ n. _____
Cap. _____ Città _____
tel _____ cell. _____ e-mail _____

*Timbro e firma*

\_\_\_\_\_