



P.I.: 08427291219
Segreteria Nazionale: Via Campana n° 10,
Casalnuovo di Napoli (NA).
80013
Contatti: idfitaly@gmail.com – Tel 081-5210131.

Modulo Richiesta Tessera Assicurativa Socio Sostenitore

Società: _____

Regione: _____

Comune: _____

Tipo Tessera Gestione Anno Sportivo (1/9-31-8):

- Violet (BASE)
- Orange (Spese Mediche Incluse fino a 560,00€)
- Grey (Maestri, Istruttori, Giudici di Gara)

	N° Tessera	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Sesso	Qualifica	Sport
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

In qualità di legale responsabile dell'Asa di appartenenza di questi atleti (soci), il sottoscritto dichiara di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti di cui sopra elencati. Inoltre delega IDF, per i servizi di affiliazione e Tesseramento dei Presenti Atleti presso MSP ITALIA Ente di promozione Sportiva Riconosciuto dal CONI. N.B. L'assicurazione opera soltanto dopo aver pagato il premio, e dopo 72 ore dall'invio alla segreteria IDF il presente modulo, con attestato pagamento mezzo Bonifico bancario.

Data & Luogo ____/____/____ Il Legale Rappresentante _____