



**11 OTTOBRE 2020**

NOME.....COGNOME.....

SESSO M F DATA DI NASCITA.....

NAZIONALITA'.....TELEFONO.....

EMAIL.....

CODICE SOCIETA'.....NOME SOCIETA'.....

**SERVIZIO BUS NAVETTA ALZANO – CLUSONE Sì NO**

**Compila il modulo e mandalo insieme alla copia di avvenuto pagamento e visita medica agonistica in corso di validità l'11 ottobre a**

**runbikevalserianacrono@gmail.com**