



PER INFORMAZIONI TELEFONARE AI NUMERI:

06/41603205 – 41603217

FAX 06/41603252

RICHIESTA POSIZIONE TESSERAMENTO

Denominazione	Matricola

Si chiede, cortesemente, voler comunicare la posizione dei sottoindicati calciatori, dei quali si allega copia del documento di identità personale, al fine di provvedere al relativo tesseramento:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Posizione di tesseramento
		<input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> VINCOLATO CON _____
Cognome e Nome	Data di Nascita	Posizione di tesseramento
		<input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> VINCOLATO CON _____
Cognome e Nome	Data di Nascita	Posizione di tesseramento
		<input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> VINCOLATO CON _____
Cognome e Nome	Data di Nascita	Posizione di tesseramento
		<input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> VINCOLATO CON _____

Si prega voler restituire la presente comunicazione al fax n. _____.

Cordiali saluti

Firma del Legale Rappresentante

Spazio riservato al C.R. Lazio

Timbro
della
Società