



COPPA DEI CLUB LATINA

4



CAMPIONATO PROVINCIALE A SQUADRE PADEL 23\24

ARMA PADEL BLACK MODULO ISCRIZIONE ATLETI

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	TESSERA MSP
1	BOVE FRANCESCO	VELLITRI 14/04/1987	2716236
2	SANTUCCI NILO	ROMA 17/7/1974	2716237
3	FALOMBI GIANTILIPPO	SORRISO 14/06/1988	2423777
4	TRAVAGLIATI MATTIA	LATINA 14/05/1985	2423773
5	PETRUELLI ANDREA	LATINA 26/03/1986	2716238
6	SCARSUBOTTI LUCA	LATINA 1/03/1997	2716239
7	MBDINI ASIA	LATINA 25/10/1995	2716240
8	BARATTA ELEONORA	LATINA 8/06/1995	2716241
9	LOMBI CLAUDIA	LATINA 17/09/1991	2716242
10	LEONARDI CINZIA	LATINA 3/08/87	2716243
11	DEL MONTE VANESSA	PRIVERNO 16/7/12/1993	2716250
12	ALESSANDRO GALDASSARRI	VELITRI 4/11/1981	2716253
13			
14			
15			
16			

DIRIGENTE RESPONSABILE
GIANPIERO TORRELLI

RECAPITO TELEFONICO
3274553377

MAIL DI RIFERIMENTO
CONTACTTORRELLI@GMAIL.COM

GARE CASALINGHE

Campo di gioco	Orario	Giorno	Indirizzo
<u>ARMA PADEL</u>	<u>11.00</u>	<u>DOMENICA</u>	<u>VIA PANTANACCIO</u>

Si dichiara che tutti i giocatori iscritti nella presente lista (foglio 1) sono in possesso di certificazione medica attestante l'idoneità allo svolgimento di attività sportiva agonistica ai sensi dell'art. 5 del Decreto Ministeriale 18/02/1982. Si dichiara altresì di essere a conoscenza dei massimali di polizza previsti per l'ipotesi di infortunio e che la partecipazione alla presente competizione avviene sotto la personale responsabilità di ciascuno degli atleti suindicati, sollevando il Movimento Sportivo Popolare Italia da qualunque responsabilità per eventuali infortuni che dovessero verificarsi nel corso della competizione stessa. Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, si acconsente al loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari. Con la sottoscrizione del presente modulo si autorizza altresì il Movimento Sportivo Popolare Italia a trattare i dati per gli adempimenti connessi alla assicurazione degli atleti. Il Dirigente Responsabile della Società dichiara di aver comunicato a tutti gli atleti iscritti nel presente modulo le condizioni di partecipazione sopra illustrate, e che ciascuno di essi le ha consapevolmente conosciute ed accettate, conferendogli espressa delega a sottoscrivere in loro nome e per conto.

Data e luogo: 11/10/2023

Dirigente responsabile: [Signature]

2 COPPIE MASCHILI | 1 COPPIA FEMMINILE | 1 COPPIA MISTO