**FIPSAS CONI CMAS**

*COMITATO SETTORE ATTIVITA’ SUBACQUEE MODULO DI ISCRIZIONE GARE*

IL SOTTOSCRITTO ….................................................. PRESIDENTE della Società .......................................................

con Sede in via .........................................................................................C.A.P. ................................................................

Città ….............................................................. Sigla Prov. ................ Tel .................................................................

E-mail: .............................................................................................

REGOLARMENTE AFFILIATA ALLA FIPSAS PER L’ANNO IN CORSO, CHIEDE DI ISCRIVERE ALLA GARA DI FOTOGRAFIA SUBACQUEA DENOMINATA:

**“16° TROFEO CRISTO SILENTE**”

CHE SI SVOLGERA’ A **Riva del Garda (TN) Porto S. Nicolò, Viale Rovereto n. 140**

Sabato 26 aprile 2025

I SEGUENTI SOCI:

**1)ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../...........  
NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2)ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../..........

NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**3)ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../...........  
NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4) ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../...........  
NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**5)ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../...........  
NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6) ATLETA** □ REFLEX □ COMP. □ S-PHONE □ ASS/MOD Scadenza.Cert.Medico …...../......../...........  
NOME COGNOME n°Tess.FIPSAS/atleta n°brevetto cell email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI ALLEGA ALLA PRESENTE LA DISTINTA CONTABILE DEL BONIFICO DELLA SOMMA DI € \_\_\_\_\_\_\_\_ QUALE QUOTA ISCRIZIONE ALLA GARA DEGLI ATLETI (IBAN **IT47O0801635320000014002396** – **A.S.D. Gruppo Sommozzatori Riva del Garda**).

IN QUALITA’ DI PRESIDENTE DELLA SOCIETA’, DICHIARO VERI I DATI QUI RIPORTATI, CHE TUTTI GLI ATLETI, TECNICI E/O DIRIGENTI PRESENTI ALLA MANIFESTAZIONE SONO IN REGOLA CON IL TESSERAMENTO FIPSAS ATTIVITA’ SUBACQUEE E NUOTO PINNATO PER LA STAGIONE IN CORSO E CON LA VISITA MEDICA, SE RICHIESTA (FOTOGRAFI, MODELLE E ASSISTENTI SONO TUTTI IN POSSESSO DEL CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO AGONISTICO).

(luogo e data) Il Presidente della Società (firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_