



### Modulo di iscrizione

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Nazione di nascita	<input type="text"/>
Nazionalità	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>
Cap	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>
Tel. Fisso	<input type="text"/>
Tel familiare in caso di emergenza	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>
data scadenza visita agonistica	<input type="text"/>
Negoziò di riferimento	<input type="text"/>

N.B. Allegare al presente modulo di iscrizione copia della visita medica agonistica in corso di validità