

MODULO RICHIESTA BIGLIETTI GRATUITI



Società _____
 Indirizzo _____
 Tel. Sede _____ Fax. Sede _____
 e-mail _____
 Mezzo di Trasporto per raggiungere lo Stadio _____ (Bus, pulmino o auto proprie)

ELENCO

ITALIA-GRECIA, ROMA 12 OTTOBRE 2019

	COGNOME (non scrivere lettere accentate)	NOME	DATA di Nascita (GG/MM/AAAA)	LUOGO DI NASCITA (SE ESTERO INDICARE LA NAZIONE)	SIGLA PROVINCIA Nascita SOLO per i nati IN ITALIA	SESSO (F o M)	#
1							1
2							1
3							1
4							1
5							1
6							1
7							1
8							1
9							1
10							1
11							1
12							1
13							1
14							1
15							1
16							1
17							1
18							1
19							1
20							1
Totale							20

ELENCO ACCOMPAGNATORI

	COGNOME (non scrivere lettere accentate)	NOME	DATA di Nascita (GG/MM/AAAA)	LUOGO DI NASCITA (SE ESTERO INDICARE LA NAZIONE)	SIGLA PROVINCIA Nascita SOLO per i nati IN ITALIA	SESSO (F o M)	#
1							1
2							1
3							1
4							1
5							1
Tot.							5
Totale							25

DIRIGENTE RESPONSABILE	(Incaricato del ritiro dei biglietti) - Nel caso debba usufruire del biglietto deve essere indicato tra i 5 accompagnatori		
Cognome	Nome	Cellulare	e-Mail

Il modulo dovrà essere compilato seguendo le seguenti istruzioni:

- deve essere compilata ogni casella (nome, cognome, data di nascita, luogo di nascita, provincia di nascita, sesso)