



ASSOCIAZIONE DILETTANTISTICA
PALLAVOLO C9 ARCO • RIVA

DATI PRETESSERAMENTO ATLETA
(da restituire compilato)

Nome e cognome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia	
Via/piazza di residenza	
Comune di residenza	
Cap	
Provincia	
Telefono	
E-mail	
Data scadenza visita medico-sportiva	
Codice fiscale	

DATI DI CHI EFFETTUA IL VERSAMENTO
(da restituire compilato per chi necessita della quietanza di pagamento per usufruire della detrazione fiscale)

Nome e cognome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia	
Via/piazza di residenza	
Comune di residenza	
Cap	
Provincia	
Somma versata in €	
Data versamento	
Codice fiscale	