Spett.le Gruppo Ciclistico Michele Scarponi a.s.d
Via N. Sauro, 15
60024 FILOTTRANO -An-

Il sottoscritto ….....nato il …..... a ….....
residente in ….....Via ….....n. ….. Cod. Fisc.: ….....
documento di identità tipo..... n. ….....
in qualità di legale rappresentante della Società ….....
Ente …..... Cod. Società.....
con sede in ….....Via ….....n. ….....

Con la presente richiede il ritiro NUMERO PETTORALE dei seguenti atleti alla manifestazione denominata:

"2° GRAN FONDO MICHELE SCARPONI – strade IMBRECCIATE – 14 Aprile 2019"

COGNOME e NOME	DATA NASCITA	N. TESSERA	data CERTIFICATO
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....
….....	….....	.....	….....

Dichiaro che tutti gli atleti sopra indicati hanno alla data del 14-04-2019 tessera e certificato medico di idoneità sportiva alla pratica del CICLISMO validi.
Cordialmente.

TIMBRO e FIRMA