

NOME SODALIZIO SPORTIVO:

Anno di Fondazione: Città:

TIPO DI SODALIZIO:

☐ GRUPPO SPORTIVO/UNITA' SPORTIVA DI BASE

(Consegna alla Sportware del certificato medico agonistico degli atleti, previsto dalle leggi in materia)

☐ ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

(Consegna alla Sportware del certificato medico agonistico degli atleti, previsto dalle leggi in materia)

NOME ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA/UNITA' SPORTIVA DI BASE:

Il legale rappresentante dichiara sotto la propria responsabilità di delegare il responsabile di questo gruppo a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti partecipanti come prescritto dalle vigenti norme di Legge consegnando alla Sportware e custodendo presso la sede sociale la documentazione relativa.

Data: Timbro e Firma del Legale Rappresentante:

DATI SOCIETA':

*Incollare lo
scudetto della
squadra**

COLORI SOCIALI DELLA SQUADRA:

LA TUA SQUADRA HA UNA PAGINA FACEBOOK?

LA TUA SQUADRA HA UN SITO INTERNET?

*Oppure Invia a info@sportware.org salvando come "nome sodalizio".jpg

☐ Il sodalizio intende iscrivere la squadra con il seguente nome:

Nome Squadra sul calendario:

☐ Cambio di Denominazione: (Scrivere il nome del precedente Sodalizio)

.....

TITOLO SPORTIVO:

☐ PRIMA PARTECIPAZIONE AL CAMPIONATO

SE PREVISTO PIU' DI UN GIRONE CHIEDO DI PARTECIPARE ALLA:

☐ MASSIMA SERIE

☐ SECONDA SERIE

☐ ULTIMO CAMPIONATO DISPUTATO → Girone

IN CASO DI POSTI VACANTI LA SOCIETA' E' DISPOSTA, SE IN DIRITTO, AL PASSAGGIO ALLA CATEGORIA SUPERIORE

☐ SI

☐ NO

☐ TITOLO SPORTIVO DA ALTRA SOCIETA' →

☐ SI

☐ NO

☐ LA MIA SQUADRA INTENDE PARTECIPARE ALLA COPPA DI LEGA →

☐ SI

☐ NO

INFORMAZIONI PER IL CALENDARIO

Orari di gioco da EVITARE

(Barrare al max 8 caselle degli orari in cui non si vuole giocare, le ore si riferiscono all'orario di inizio gara)

LUNEDI'

20.00 20.30 21.15 21.45

☐ ☐ ☐ ☐

MARTEDI'

20.00 20.30 21.15 21.45

☐ ☐ ☐ ☐

MERCOLEDI'

20.00 20.30 21.15 21.45

☐ ☐ ☐ ☐

GIOVEDI'

20.00 20.30 21.15 21.45

☐ ☐ ☐ ☐

QUOTA GARA:
CONTANTI: € 77,00
POS: € 75,00

VENERDI'

20.00 20.30 21.15 21.45

☐ ☐ ☐ ☐

SABATO

14.00 15.00 16.00 17.00

☐ ☐ ☐ ☐

*Quota Gara variabile in base alla forma di pagamento (Contanti o Pos)

NOTE SULLE DATE E SUGLI ORARI DI GIOCO: **(Non sono ammessi rinvii)**

IN CASO DI RECUPERI LA SQUADRA HA UN CAMPO DI ALLENAMENTO?

NO

SI

CENTRO SPORTIVO.....

GIORNO ALLENAMENTO.....ORA.....

Allegare al presente modulo copia del documento di identità del responsabile della squadra

RESPONSABILE:.....

E-MAIL:

TELEFONO:.....CELL:.....VIA:.....

CAP:.....COMUNE:.....PR:.....

Il responsabile dichiara di aver preso visione del regolamento e del fascicolo guida accettandoli in ogni loro parte. Il responsabile dichiara, anche in rappresentanza della squadra, di rispettare le finalità del campionato le norme e le regole emanate dall'organizzazione.

Data.....

Firma del Responsabile.....