**Scheda da inviare al Comitato Regionale/Delegazione e al Responsabile Regionale**

|  |  |
| --- | --- |
| **e-mail COLLABORATORE INFORMATICO** |  |
| **e-mail CR:** |  | **e-mail RESP. Regionale** |  |
| **SOCIETA'/ASSOCIAZIONE** |  |
| **n° Criterium** |  | **Sede Svolg.to CRITERIUM:** |  | **DATA** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **ESEMPIO COMPILAZIONE** |
| **MATRICOLA** | **INDIVIDUALE** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
| **123456** | **X** | **ROSSI MARIO** | **31/12/2022** | **X** |  | **01/01/2022** |
| **789101** | **X** | **BIANCHI MARIO** | **31/12/2022** |  | **X** |  |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
| **123456** | **X** | **ROSSI MARIO** | **31/12/2022** | **X** |  | **01/01/2022** |
| **789101** | **BIANCHI MARIO** | **31/12/2022** |  | **X** |  |
|  |
| **CUCCIOLI (2017 – 2016 - 2015)** |
| **MATRICOLA** | **INDIVIDUALE** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO**  | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CANGURINI (2014 - 2013)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **CANGURI (2012 – 2011)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ALLIEVI (2010 - 2009)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **1° TESS.** | **R.****TESS.** | **SE 1°TESSERA.TO****INDICARE LA DATA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TECNICO DI RIFERIMENTO** |  |
| **RECAPITO TELEFONICO** |  | **DATA** |  |