



# CSI Comitato Provinciale Cava dè Tirreni

SEDE: Corso Mazzini – Stadio Comunale – 84013 CAVA DE' TIRRENI (SA)

Tel. E Fax 089/461602 Cod. Fisc. 95000110650

sito internet: [www.csicava.it](http://www.csicava.it) e-mail: [info@csicava.it](mailto:info@csicava.it)

## Modulo di ISCRIZIONE CAMPIONATI – Stagione 2019/2020

     CALCIO a 11 –      CALCIO a 7 –      CALCIO a 5

Denominazione Società	
Denominazione Squadra	

Contrassegnare il campionato per il quale si desidera iscrivere la squadra  
*(si ricorda di utilizzare un modulo per ogni SQUADRA iscritta)*

<b>CATEGORIA</b>	<b>ANNO</b>	<b>X</b>
Under 8	2012 / 2013 / 2014	
Under 10	2010/2011/2012/2013	
Under 12	2008/2009/2010/2011	
Ragazzi (under 14) M	2006/2007/2008/2009	
Allievi	2004/2005/2006/2007/2008	
Open M	2004 e precedenti	

### ***Impianto di gioco***

Denominazione impianto	
Indirizzo	
Cap, Comune e Provincia	

Giorno di gara	
Orario di gara	

Giorno recupero	
Orario recupero	

### **Dirigente responsabile**

Nominativo	
Indirizzo	
Cap, Comune e Provincia	
Telefono abitazione	
Telefono ufficio	
<b>Telefono cellulare (OBBLIGATORIO)</b>	
<b>Telefono Fax</b>	
<b>E-mail (OBBLIGATORIA)</b>	

<b>Nominativo per comunicazioni urgenti (OBBLIGATORIO)</b>		<b>Tel. cellulare (OBBLIGATORIO)</b>	
Nominativo Allenatore		<b>Tel. obbligatorio</b>	

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di **Presidente** chiede l'iscrizione della sua Società al Campionato sopraindicato; **si impegna**, a versare le quote di partecipazione e di fitto campo nelle modalità e termini comunicati **anche in caso di ritiro dalla fase territoriale**. **Dichiara** di conoscere e si impegna a rispettare **quanto stabilito dal Regolamento nazionale dell'attività sportiva pubblicato su "Sport in regola", dal Regolamento per la giustizia sportiva (RGS) vigente, fatte salve le aggiunte e/o le modifiche espressamente contenute nel Regolamento Generale della fase provinciale.**

**Dichiara** altresì di essere a conoscenza della normativa vigente in materia di **tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica** e che i propri tesserati partecipanti al Campionato sono in regola con i previsti adempimenti sanitari.

**Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, va inviato tramite e-mail all'indirizzo: [info@csicava.it](mailto:info@csicava.it) o [segreteria@csicava.it](mailto:segreteria@csicava.it) al numero di fax 089/461602.**

Data \_\_\_\_\_

**Timbro Società**

**Firma Presidente**