

Modulo di iscrizione – COPPA ITALIA 2026

Dati dell'atleta

Cognome e Nome atleta 1: _____

Data di nascita: _____

Società di appartenenza: _____

N. Tesserino FPICB: _____

Classificazione (TS1 / TS2 / TS3/ DIR): _____

Certificato medico agonistico valido fino al: _____

--- Atleta 2 ---

Cognome e Nome atleta 2: _____

Data di nascita: _____

Società di appartenenza: _____

N. Tesserino FPICB: _____

Classificazione (TS1 / TS2 / TS3 / DIR): _____

Certificato medico agonistico valido fino al: _____

Gara scelta

Categoria: ☐ Doppio OPEN Classificazioni Miste

Specialità: ☐ RNU

Sezione: ☐ Maschile ☐ Femminile

Dichiarazioni

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere in regola con il tesseramento FPICB e con i requisiti di partecipazione previsti dal DOA.

Accetta le norme del regolamento FPICB e della **COPPA ITALIA 2026**.

Data: _____

Firma dell'atleta / del responsabile: _____