



MODULO RICHIESTA di NUOVA CLASSIFICAZIONE

In occasione del Torneo di _____ del _____

Società Sportiva _____ Codice _____

Nominativo responsabile _____ Telefono _____

Indirizzo mail _____@_____

Nominativo Atleta da Riclassificare _____

Data di Nascita _____ Sesso _____ Classe Sportiva corrente _____

Ragioni della richiesta di Nuova Classificazione _____

Data _____ Firma del Presidente della Società _____

il presente Modulo dovrà essere inviato al Settore Attività Paralimpica FITeT (indirizzo mail settore.paralimpico@fitet.org – fax 06/36857783) almeno 20 giorni prima della data di inizio del Torneo Predeterminato Paralimpico di riferimento.