



## 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 Tecnico Paralimpico FITeT (indirizzo mail [settore.paralimpico@fitet.org](mailto:settore.paralimpico@fitet.org) ) almeno 20 giorni prima della data di inizio della manifestazione di riferimento.