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

|  |  |
| --- | --- |
| **e-mail COLLABORATORE INFORMATICO** |  |
| **e-mail CR:** | abruzzo.molise@fpi.it | **e-mail RESP. Regionale** | mariannadirenzo@yahoo.it |
| **SOCIETA'/ASSOCIAZIONE** |  |
| **n° Criterium** |  | **Sede Svolg.to CRITERIUM:** |  | **DATA** |  |
| **CUCCIOLI (2014 – 2013 - 2012)** |
| **MATRICOLA** | **INDIVIDUALE** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO**  | **DATA 1°TESSERA.TO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **CANGURINI (2011 - 2010)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **DATA 1°TESSERA.TO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **CANGURI (2009 – 2008)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **DATA 1°TESSERA.TO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ALLIEVI (2007 - 2006)** |
| **MATRICOLA** | **COPPIA** | **COGNOME NOME** | **SCAD. CERT. MEDICO** | **DATA 1°TESSERA.TO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TECNICO DI RIFERIMENTO** |  |
| **RECAPITO TELEFONICO** |  | **DATA** |  |

***Allegato n. 3***