



Domanda di tesseramento associato CUS/CUSI

Nome		Cognome	
------	--	---------	--

Sesso		Data di nascita		C.Fiscale	
-------	--	-----------------	--	-----------	--

Luogo di nascita		Prov.	
------------------	--	-------	--

Residenza	Via		N.	
-----------	-----	--	----	--

C.A.P.		Località		Prov.	
--------	--	----------	--	-------	--

Domicilio	Via		N.	
-----------	-----	--	----	--

C.A.P.		Località	
--------	--	----------	--

N. matricola		Facoltà		
--------------	--	---------	--	--

Anno d'iscrizione		Data certificato medico		
-------------------	--	-------------------------	--	--

E-mail		
--------	--	--