



Spett. le
Federazione Italiana Pallavolo
Via Vitorchiano 81/87
00189 Roma

Il/Lasottoscritto/a¹..... nato/a a.....prov.(.....)

il...../...../.....e residente a prov (.....)

in Via.....Cap.....

Codice Fiscale.....Indirizzo email.....

RICHIEDE

alla Federazione Italiana Pallavolo il rimborso delle spese sostenute per il test sierologico ed eventuale tampone in occasione delle Finali del Campionato Italiano di Beach Volley 2020 (Caorle 27/30 agosto 2020) pari a €

OBBLIGATORIO ALLEGARE LA RICEVUTA

Data.....

Firma².....
(se minore, genitore o rappresentante legale)

La cifra in oggetto dovrà essere accreditata sul conto corrente intestato a:

Cognome.....Nome.....Nato a.....

prov.....il...../...../..... e residente a.....

Prov.....Cap..... Codice fiscale.....

alle seguenti coordinate bancarie:

BANCA.....

CONTO CORRENTE NR.....

Codice IBAN.....

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO ED INVIATO AL SETTORE BEACH VOLLEY

all'indirizzo di posta elettronica beachvolley@federvolley.it

¹Inserire i dati identificativi dell'atleta che ha partecipato alla tappa (anche se minorenni).

²Se l'atleta è minorenne il modulo deve essere obbligatoriamente firmato da un genitore o del rappresentante legale.