



# BVF-07

## Modulo di richiesta ID FIVB/Account FIVB -Personale medico-

Il modulo è modificabile  
Si chiede di modificare direttamente il PDF

Nome	Cognome	Codice Fiscale
Genere	Data di nascita / /	Cittadinanza
Luogo di nascita	Stato di nascita	Indirizzo mail
Residenza		
Residente a	( ) in Via	CAP
Tipologia		

Questo modulo deve essere compilato ed inviato entro **3 settimane prima** dalla data di inizio del torneo insieme ai seguenti documenti:

- **Una copia fronte retro del documento di identità valido** (preferibilmente il passaporto)
- **Codice Fiscale**
- **Traduzione giurata in inglese del Certificato di Laurea** (medicina e chirurgia e/o fisioterapia)
- **Attestazione di iscrizione all'Ordine dei Medici** (solo per i medici)

all'indirizzo di posta elettronica [teams.beachvolley@federvolley.it](mailto:teams.beachvolley@federvolley.it)

**FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO**

Via Vitorchiano, 81/87  
00189 – Roma



+39 06.3334.9480/9542/  
9482



[www.federvolley.it](http://www.federvolley.it)  
[beachvolley@federvolley.it](mailto:beachvolley@federvolley.it) - [teams.beachvolley@federvolley.it](mailto:teams.beachvolley@federvolley.it)