****

**ALLEGATO “B”**

**(LISTA CALCIATORI, ALLENATORE, DIRIGENTI, MEDICO SOCIALE E MASSAGGIATORE, CHE PRENDERANNO**

**PARTE ALLA XV COPPA ITALIA MEDICI –FASE PRELIMINARE 23-25 MARZO 2018**

**CAPO D’ORLANDO-ROCCA DI CAPRILEONE**

**Il sottoscritto ……………………………… nato a ……………………… il ……………….. e residente in ………………………….. cell. ……………………… e-mail**

**In qualità di Presidente/responsabile della squadra Medici “ ………………………………………. “, in riferimento a quanto già dichiarato nell’ ALLEGATO “A” , conferma, formalmente, la partecipazione alla XV edizione della Coppa Italia- Fase Preliminare che si disputerà a Capo D’Orlando dal 23 al 25 marzo 2018. Il sottoscritto, inoltre, dichiara di accettare il REGOLAMENTO del Torneo e trasmette la seguente lista dei giocatori che parteciperanno:**

**Cognome e nome Luogo e data di nascita Documento Firma**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |

**In fede**

***Firma e Timbro****(se in possesso )*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**