

CAMPIONATO NAZIONALE 2016/2017 PALLACANESTRO

Fase Provinciale

RICHIESTA SPOSTAMENTO GARA

Il sottoscritto _____

Dirigente società _____

CHIEDE LO SPOSTAMENTO

Della gara _____

In calendario il _____ alle ore _____

Campo _____

Per il seguente motivo _____

CHIEDE INOLTRE CHE VENGA RECUPERATA

Il giorno _____ alle ore _____

Campo _____

Il responsabile

ADESIONE SQUADRA AVVERSARIA

Il sottoscritto _____

Dirigente società _____

Accetta lo spostamento della gara nella data ed orario sopra citati.

Il responsabile

OBBLIGATORIO INVIARE IL TUTTO TRAMITE MAIL : attivitasportiva@csibrindisi.it

Tassa spostamento gara: €. 10,00