Associazioni Sportive e Culturali
SARDEGNA
www.ascsardegna.it

RICHIESTA TRASFERIMENTO ATLETA DA INVIARE A caamcalcio@gmail.com

In riferimento al campionato del_____ *1

***1(specificare se del Sabato oppure infrasettimanale)**

Il sottoscritto_____nato in _____ il _____

residente in _____ via _____n° _____

tesserato con l'affiliata ASD_____

chiede la revoca e sia concesso il trasferimento con la nuova ASD_____

Dichiaro di aver disposto la somma di € 35,00 per: bonifico[ ] contanti [ ] altri _____[ ]

So di poter giocare con la nuova squadra dopo aver letto, sul comunicato ufficiale, le disposizioni del trasferimento.

Allego fotocopia documento personale (fronte/retro)

In data del, _ _ _ _ _ _ _ _ _

firma leggibile del tesserato