



Centro Universitario Sportivo di Milano

Via Circonvallazione est 11- 20090 Segrate (Mi)
tel. 02-7021141 fax 02-7560633

MODULO A 2

(Richiesta aggiunta tesseramenti a lista modulo A)

CAMPIONATO UNIVERSITARIO MILANESE CUS MILANO DI

2007/2008

UNIVERSITA' : _____

Data : _____

Cognome e Nome	Qualifica	n° tess. Cus Mi. e scad. vis. med.	n° matricola universitaria

Il Responsabile della Squadra di _____
dell' Università _____

Ad accettazione della lista
della Squadra dell' UNIVERSITA' _____

Milano, _____ 2007
Il Responsabile Operativo Cus Milano

Milano, _____ 2007
Il Responsabile Campionati Cus Milano
