****

**FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA**

COPPA ITALIA PALLAMANO MASCHILE

Stagione Sportiva 2016/2017

**Società: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **COGNOME NOME** | **ANNO DI NASCITA** | **N. Tessera FSSI** | **PRESTITO** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL PRESIDENTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ***Compilare in caso di aggiornamento della rosa del Campionato Italiano 2016/2017.***

Da inviare entro e non oltre il **10 SETTEMBRE 2017** agli indirizzi: **tesseramento@fssi.it** **e** **attivitasportiva@fssi.it** .