



SVF-07

Modulo di richiesta ID FIVB/Account FIVB -Personale medico-

Il modulo è modificabile
Si chiede di modificare direttamente il PDF

Nome	Cognome	Codice Fiscale
Genere	Data di nascita / /	Cittadinanza
Luogo di nascita	Stato di nascita	Indirizzo mail
Residenza		
Residente a	() in Via	CAP
Tipologia		

Questo modulo deve essere compilato ed inviato entro **3 settimane prima** dalla data di inizio del torneo insieme ai seguenti documenti:

- **Una copia fronte retro del documento di identità valido** (preferibilmente il passaporto)
- **Codice Fiscale**
- **Traduzione giurata in inglese del Certificato di Laurea** (medicina e chirurgia e/o fisioterapia)
- **Attestazione di iscrizione all'Ordine dei Medici** (solo per i medici)

all'indirizzo di posta elettronica snow@federvolley.it

FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO

Via Vitorchiano, 81/87
00189 – Roma



+39 06.3334.9480/9482



www.federvolley.it
snow@federvolley.it

