

Numero pagine: _____	 TELEFAX	Data : _____
A:  SEZIONE A.N.A. DI UDINE		Fax : 0432 506279 Tel. : 0432 502456 @ : udine@ana.it
Da Gruppo di: _____		Tel : _____ Fax: _____ @ : _____ Cell. : _____

Responsabile dell'intervento _____

Data/e, orario di inizio/fine _____

Località di svolgimento e breve descrizione dell'attività:

Nominativi partecipanti: (indicare Gruppo di appartenenza se diverso da quello del responsabile e se ci sono nominativi "simpatizzanti", ovvero non iscritti all'ANA, è **necessario indicare data di nascita e comune di residenza**. La data di nascita non è necessaria ma sarebbe gradita anche per i Tesserati).

ACCERTARSI CHE LA SEGRETERIA SEZIONALE ABBIÀ RICEVUTO I NOMINATIVI ENTRO L'ORARIO DI APERTURA DELLA SEDE SEZIONALE DEL GIORNO PRECEDENTE L'INTERVENTO (ORE 16-19 LUN-VEN).

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

TOTALE NOMINATIVI _____

Firma _____