



| | | | | |
|--|---------------|----------------|------------|-------------|
| NOME TESTATA | | | | |
| Numero accrediti richiesti | E: | EP: | ES: | EPS: |
| | NOC E: | NOC ES: | | |
| INDIRIZZO | | | | |
| CITTA' | | | | |
| PROVINCIA | | | | |
| CAP | | | | |
| TEL. SEGRETERIA REDAZIONE | | | | |
| E MAIL SEGRETERIA REDAZIONE | | | | |
| NOMINATIVO RESPONSABILE GESTIONE ACCREDITI | | | | |
| RUOLO ALL'INTERNO DELLA TESTATA | | | | |
| TELEFONO RESPONSABILE GESTIONE ACCREDITI | | | | |
| E MAIL RESPONSABILE GESTIONE ACCREDITI | | | | |
| LA TESTATA SARA' ACCREDITATA ALLE PARALIMPIADI Indicare SI o NO | | | | |