

Da compilare SOLO in assenza di timbro

- Denominazione _____
- Indirizzo (Via e CAP) _____
- Indirizzo (Città e Prov.) _____
- Codice Fiscale _____

Spazio per timbro contenete le seguenti informazioni:
Denominazione, Indirizzo e Codice Fiscale

Oggetto: **Concessione Nulla Osta al trasferimento – Settore Biliardo**

Il/la sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente in _____

codice fiscale _____ in qualità di Presidente del CSB

_____ con sede in (Città, Via,
CAP) _____

codice di affiliazione _____

**CONCEDE NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO DEL TESSERATO
IN ALTRO CSB DELLA STESSA REGIONE**

All'Atleta _____

nato a _____ il _____ residente in _____

codice fiscale _____ presso il CSB

_____ con sede in (Città, Via,
CAP) _____

codice di affiliazione _____

In ottemperanza a quanto previsto dalla “Circolare Affiliazione e Tesseramento 2026-2027”

N.B. La richiesta dovrà essere inoltrata alla Segreteria Federale – Settore Biliardo al seguente indirizzo
e-mail: tesseramento.biliardo@fisbb.it

Luogo e data, _____

In fede (Il Presidente dell'ASD/SSD/ETS) Firma e Timbro _____