



NOME TESTATA		
Numero accrediti richiesti	E:	EP:
	NOC E:	
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		