

Fecha de celebración: del 15 al 17 de SEPTIEMBRE de 2017

ASOCIACIÓN PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
DE LA CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_  
DELEGADO \_\_\_\_\_ Oficina/clave \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Fijo - Móvil \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN EL PASEO SALUDABLE DE 5.300 METROS**

F. N.	NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	F. N.	NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.

**CERTIFICACIONES**

DON/ÑA \_\_\_\_\_  
PRESIDENTE DE \_\_\_\_\_

CERTIFICA: Que los \_\_\_\_ participantes arriba reseñados, pertenecen a la Asociación, Hermandad, Grupo de Empresa, etc. de empleados que presido

Firma , sello y fecha

*Una copia de este documento deberá anticiparse, por correo electrónico, a la organización a efectos de poder inscribirlos en la prueba antes del 30 de Junio, el original debidamente cumplimentado se entregará en la reunión de delegados del sábado.*