

# Cena di Natale CRA FNM

## Milano Lambrate

7 DICEMBRE 2025 – ORE 12:30

Ristorante “**ALBERTONE Fraschetta Romana Milano**”

Via Conte Rosso 2  
Milano (MI)

*Festeggiamo insieme  
l'arrivo del Natale!*

### MENÙ

#### *Antipasti*

Polpette ar sugo, cacio e basilico

Porchetta di Ariccia IGP

Supplì ar telefono

Parmigiana di melanzane

Crostone con ricotta e guanciale

#### *Primi piatti*

(scegli er primo che voi)

Cacio e pepe, Gricia, Amatriciana,  
Carbonara

#### *Secondi*

Saltimbocca con patate

#### *Torta chantilly*

Acqua, vino (un litro ogni due persone), bibite e caffè inclusi

### MENÙ BAMBINO

#### *Primi piatti*

Pasta al pomodoro

#### *Secondi piatti*

Cotoletta con patate

#### *Torta chantilly*

Acqua, bibite inclusi



### QUOTE DI PARTECIPAZIONE

	<b>ADULTI</b>	<b>BAMBINO (4-12 anni)</b>	<b>BABY (0-3 anni)</b>
--	---------------	--------------------------------	----------------------------

#### **SOCI CRA FNM**

**€ 29**

**€ 5**

**Gratis**

**FITeL** La tessera FITeL, del costo di €. 6,00 ha valore annuale (anno solare) e consente la partecipazione a tutte le iniziative del CRA FNM.

**€ 48**

**€ 15**

**Gratis**

Il Segretario  
*Fabio Monfrecola*

Il Presidente  
*Luciano Ghitti*

**MODULO DI ADESIONE - CIRC.414/2025 - "Cena di Natale CRA FNM: Milano Lambrate" - 7.12.2025**

Cognome ..... Nome ..... CID .....

Telefono privato (cell.) ..... e-mail .....

**I MODULI PARZIALMENTE COMPILATI NON VERRANNO ACCETTATI**

**PER PARTECIPARE ALL'INIZIATIVA È NECESSARIO ESSERE MUNITI DI TESSERA ASSOCIATIVA CRA FNM O FITEL, DA ESIBIRE SE RICHIESTA.  
Riportare anche il nominativo del richiedente se partecipante.**

- n. ... Soci CRA FNM Cognome e Nome .....  
.....
- n. ... Soci CRA FNM BAMBINO 4-12 anni Cognome e Nome .....  
.....
- n. ... Soci CRA FNM BABY 0-3 anni Cognome e Nome .....  
.....
- n. ... Iscritti FITeL Cognome e Nome .....  
.....
- n. ... Iscritti FITeL BAMBINO 4-12 anni Cognome e Nome .....  
.....
- n. ... Iscritti FITeL BABY 0-3 anni Cognome e Nome .....  
.....

**AL TAVOLO CON:** .....

**ALLERGIE ALIMENTARI:** .....

**DA SPECIFICARE ANCHE IL NOME DEL SOCIO CON ALLERGIA**

Pos

Ruolo paga

Bonifico

(da pagare al momento della  
prenotazione)

Intestato a: Circolo Ricreativo Aziendale FNM  
IBAN IT02 Z 050340169 0000000007699  
(Allegare giustificativo di pagamento)

**Il modulo di adesione, correttamente compilato e firmato, dovrà pervenire al CRA FNM entro il 01/12/2025**

**(le rinunce oltre tale data saranno soggette a penale dell'intera quota)**

**e/o fino a esaurimento posti con una delle seguenti modalità:**

**e-mail: [crafnm@crafnm.it](mailto:crafnm@crafnm.it) - Brevi Manu/Corrispondenza Interna: Sedi CRA FNM**

- ✓ Il/la sottoscritto/a, firmando il presente modulo, è consapevole che i partecipanti alle iniziative CRA FNM non sono coperti da polizza assicurativa, pertanto l'organizzazione declina ogni responsabilità civile e penale.
- ✓ Autorizza inoltre la realizzazione e l'utilizzo di fotografie, video o altri materiali audiovisivi effettuati durante l'evento.

**Data**

**Firma**