CENA DI NATALE CRA FNM 2026

COMO

DOMENICA 6 DICEMBRE 2026 - ORE 20.00

HSA AMBROGIO – COMO LAKE

Largo Giacomo Leopardi 15, Como (CO)

Festeggiamo insieme l'arrivo del Natale!

Possibilità di scegliere menù di carne o di pesce

MENÙ DI CARNE

APERITIVO DI BENVENUTO

Gnocco fritto
Prosciutto crudo di Parma
Bruschette della casa

ANTIPASTO

Flan di zucca
Fonduta di Parmigiano Reggiano, nocciole tostate e olio al rosmarino.

PRIMO PIATTO

Risotto al radicchio tardivo
Riduzione al vino rosso e crema di Taleggio.

SECONDO PIATTO

Guancia di manzo brasata al vino rosso
Crema di sedano rapa, patata fondente e fondo bruno al rosmarino.

DESSERT

Tartufo
Pandoro con cioccolata calda
Bevande incluse, acqua e caffè

MENÙ DI PESCE

APERITIVO DI BENVENUTO

Gnocco fritto
Prosciutto crudo di Parma
Bruschette della casa

ANTIPASTO

Cubotto di tonno scottato
Tonno scottato al sesamo, accompagnato da verdure croccanti alla soia.

PRIMO PIATTO

Linguina ai gamberi
Linguina con la sua bisque e tartare di gamberi.

SECONDO PIATTO

Orata
Orata con patata fondente al timo, finocchio brasato e salsa agli agrumi.

DESSERT

Tartufo
Pandoro con cioccolata calda
Bevande incluse, acqua e caffè

QUOTE DI PARTECIPAZIONE	
SOCIO CRA FNM	€30
FITeL*	€50
*La tessera FITeL, del costo di €6,00 ha valore annuale (anno solare) e consente la partecipazione a tutte le iniziative di CRA FNM	

Il Segretario
Fabio Monfrecola

Il Presidente
Luciano Ghitti

MODULO DI ADESIONE – CIRCOLARE 486/2026 – CENA DI NATALE 2026 – COMO

Cognome …… Nome …… CID ……..

Telefono privato (cell.) …….. E-mail ……

I MODULI PAZIALMENTE COMPILATI NON VERRANNO ACCETTATI
PER PARTECIPARE ALL'INIZIATIVA E' NECESSARIO ESSERE MUNITI DI TESSERA ASSOCIATIVA CRA FNM O FITEL, DA ESIBIRE SE RICHIESTA.
Riportare anche il nominativo del richiedente se partecipante. **SI PREGA DI COMPILARE LE OPZIONI SE SCELTE**

N. ….. Soci CRA FNM – Cognome e Nome ……..……..

……..……

N. ….. Iscritti FiTeL – Cognome e Nome ……..……..……..

……..……

☐ N……MENU' CARNE ☐ N…….MENU' PESCE

ALLERGIE ALIMENTARI: ……
DA SPECIFICARE ANCHE IL NOME DEL SOCIO CON ALLERGIA

PAGAMENTO

☐	☐	☐
POS (da versare al momento della prenotazione)	**RUOLO PAGA**	**BONIFICO** (Allegare giustificativo di pagamento) Intestato a: Circolo Ricreativo Aziendale FNM IBAN: IT02 Z 050340169 0000000007699

Il modulo di adesione, correttamente compilato e firmato, dovrà pervenire al CRA FNM entro il **01/12/2026** (le rinunce oltre tale data saranno soggette a penale dell'intera quota) e/o fino ad esaurimento posti con una delle seguenti modalità:
E-mail: 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 ……