



MODULO D'ISCRIZIONE

24ore val Rendena 4-5 settembre 2010
infoline 320.0872807



Iscrizione attribuita
N. _____

A CURA DELL' ORGANIZZAZIONE

NOME DELLA SQUADRA: _____

Cognome, Nome, Indirizzo completo e Recapito Telefonico. Firma di ogni partecipante in relazione alla normativa di cui alla Legge 196 del 2003.

Sesso

Data di nascita Ente e Numero Tessera

1) cognome nome CAPITANO

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

2) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

3) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

4) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

5) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

6) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

7) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

8) cognome nome

M

____ / ____ / ____

Via _____ n° _____

F

ente: _____

Città _____ Cap. _____ Prov. _____

nr. _____

cell. _____ Firma _____

e-mail: _____

1) Con la propria Firma il partecipante esprime il consenso dell'utilizzo dei suoi dati anche per l'invio delle news letter e degli sms informativi, giusto il disposto della Legge sulla Privacy n.196 del 2003. 2) Sottoscrivendo il modulo il Presidente o il Capitano della squadra dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni medico-sanitarie idonee, che sono in possesso di regolare tessera e che hanno preso visione integralmente del Regolamento della Manifestazione riportata su Internet www.24hvalrendena.it

Firma del Presidente o Capitano della Squadra

VISITA MEDICA AGONISTICA OBBLIGATORIA (per i non tesserati tessera FCI giornaliera + 5,00 euro)

il Presidente/Capitano della Società/Squadra con la propria firma dichiara di aver preso visione del regolamento della manifestazione e di accettarlo in ogni sua parte.

FIRMA DEL PRESIDENTE/CAPITANO

COMPILARE DIRETTAMENTE DAL SITO, STAMPARE FIRMARE ED INOLTARE VIA FAX ALLO 0465.806424