



MODULO D'ISCRIZIONE

24ore Mountain Bike val Rendena 5-6 settembre 2009
 infoline **320.0872807**



Iscrizione attribuita
N. _____

A CURA DELL'ORGANIZZAZIONE

SOCIETA' DI APPARTENENZA o nome squadra: _____
 CAP _____ CITTA' _____ VIA _____ N _____
 PROV. _____ TEL. _____ ENTE AFF. _____ COD.SOC. N. _____

(50 euro ad atleta) X nr. () atleti = _____ euro.

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 <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
2) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
3) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
4) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
5) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
6) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
7) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> F	ente: _____
Città _____ Cap. _____ Prov. _____			nr. _____
cell. _____ Firma _____		e-mail: _____	
8) cognome nome <input type="text"/> TAGLIA GIUBBINO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	/ /
Via _____ n° _____		<input type="checkbox"/> 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, giusti 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