

SCHEDA DI ISCRIZIONE STAFFETTA

SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOPO AVER LETTO ATTENTAMENTE IL REGOLAMENTO: NON SARANNO AMMESSE CONTESTAZIONI INUTILI.

1^ ATLETA Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Telefono cellulare: _____ Email: _____

Società Sportiva di appartenenza: _____

Taglia maglietta: _____ Numero di telefono da contattare in caso di EMERGENZA: _____

Allego CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO PER L'ATLETICA LEGGERA VALIDO ALLA DATA DELLA GARA.

Dichiaro di essere in possesso del certificato medico AGONISTICO per l'atletica leggera in corso di validità alla data della gara, come richiesto dal D.M. del 18-2-82. Dichiaro che i dati forniti corrispondono a verità; di aver esaminato il regolamento della manifestazione e di accettarlo integralmente assumendomi gli oneri ivi previsti; di essere consapevole che tale manifestazione comporta uno sforzo intenso e prolungato e di impegnarmi pertanto ad affrontare l'attività in condizioni adeguate; di sollevare l'organizzatore della manifestazione dal risarcimento degli eventuali danni derivanti dai normali e prevedibili rischi legati all'attività; di assumermi piena ed esclusiva responsabilità per danni eventualmente da me cagionati a terzi o a beni di terzi nel corso della manifestazione; di prestare il consenso al trattamento dei dati personali effettuato dall'organizzazione in relazione alla presente manifestazione e di consentire l'utilizzo di fotografie, immagini filmate, registrazioni, derivanti dalla mia partecipazione alla gara per ogni legittimo scopo, anche pubblicitario.

Data: ____ / ____ / 2019 Firma leggibile del partecipante _____

2^ ATLETA Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Telefono cellulare: _____ Email: _____

Società Sportiva di appartenenza: _____

Taglia maglietta: _____ Numero di telefono da contattare in caso di EMERGENZA: _____

Allego CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO PER L'ATLETICA LEGGERA VALIDO ALLA DATA DELLA GARA.

Dichiaro di essere in possesso del certificato medico AGONISTICO per l'atletica leggera in corso di validità alla data della gara, come richiesto dal D.M. del 18-2-82. Dichiaro che i dati forniti corrispondono a verità; di aver esaminato il regolamento della manifestazione e di accettarlo integralmente assumendomi gli oneri ivi previsti; di essere consapevole che tale manifestazione comporta uno sforzo intenso e prolungato e di impegnarmi pertanto ad affrontare l'attività in condizioni adeguate; di sollevare l'organizzatore della manifestazione dal risarcimento degli eventuali danni derivanti dai normali e prevedibili rischi legati all'attività; di assumermi piena ed esclusiva responsabilità per danni eventualmente da me cagionati a terzi o a beni di terzi nel corso della manifestazione; di prestare il consenso al trattamento dei dati personali effettuato dall'organizzazione in relazione alla presente manifestazione e di consentire l'utilizzo di fotografie, immagini filmate, registrazioni, derivanti dalla mia partecipazione alla gara per ogni legittimo scopo, anche pubblicitario.

Data: ____ / ____ / 2019 Firma leggibile del partecipante _____

Quota di iscrizione: BONIFICO o NEGOZI ABILITATI **30,00€** dal 2/1 al 20/2

- Bonifico bancario **IBAN:** IT86 A086 3163 7400 0000 0855 788, conto corrente intestato a Vallimpiadi
- Inoltrare via mail **trail@vallimpiadi.com** contabile bonifico, modulo iscrizione compilato e certificato medico.