

MODULO ISCRIZIONE team BRIXIA ADVENTURE MTB 2024

Nome Società Ente Cod.club

Io sottoscritto Nome Cognome

Telefono Email

In qualità di responsabile della Società intendo iscrivere i seguenti atleti:

Il mio team è già iscritto al/ai circuito/i

IMPORTO ISCRIZIONE NO SERVIZI - pacco gara e pasta party:

N° _____ x € 190,00 DAL 01/12/2023 AL 15/02/2024

N° _____ x € 210,00 DAL 16/02/2024 AL 14/03/2024

PER CHI È GIÀ ISCRITTO A EASY CUP MTB

N° _____ x € 130,00 DAL 01/12/2023 AL 15/02/2024

N° _____ x € 150,00 DAL 16/02/2024 AL 14/03/2024

QUOTA BENEFICENZA : € 10,00 a favore dell'Associazione MARIO CAMPANACCI
per lo studio e la cura dei tumori muscolo scheletrici

Ho pagato €

tramite PAGAMENTO DIRETTO A IL

tramite BONIFICO BANCARIO intestato a MBO bike club IBAN IT 53 0 08692 11206 029000292590

Inviare copia della ricevuta di pagamento e modulo d'iscrizione debitamente compilato via Fax al numero 030320111 oppure via mail a mbobikeclubasd@gmail.com

PRIVACY e REGOLAMENTO

DICHIARAZIONE: Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver letto il regolamento e di aver compiuto 18 anni entro il giorno della manifestazione. Di sapere che partecipare ad eventi sportivi in genere è potenzialmente un'attività a rischio. Dichiaro di essere fisicamente sano, di essermi preparato adeguatamente per questa competizione e che l'idoneità alla partecipazione è stata accertata da un medico ai sensi del DM Sanità del 18/02/1982 e DM 28/02/1983. Preso atto che il comitato organizzatore richiede, quale condizione indispensabile per la partecipazione all'evento, l'esistenza di tale certificato medico di idoneità sportiva agonistica dichiarato, altresì, di possedere tali certificati e di trattenerne e conservare gli stessi personalmente in proprio presso il mio domicilio e/o presso la società sportiva di appartenenza e, mediante la sottoscrizione della presente scheda di iscrizione, ne rilascio, all'uopo, apposita e specifica dichiarazione di autocertificazione. In tal caso il comitato organizzatore viene dispensato dall'acquisizione in proprio del relativo certificato medico, Mi iscrivo volontariamente e mi assumo tutti i rischi derivanti dalla mia partecipazione all'evento: cadute, contatti con veicoli, con altri partecipanti, spettatori o altro: qualsiasi condizione di tempo, traffico e condizioni delle strade, ogni rischio da me valutato. Essendo a conoscenza di quanto sopra, considero l'accettazione della iscrizione, per mio conto e nell'interesse di nessun altro: sollevo e libero il Comitato Organizzatore, gli Enti promotori, i collaboratori e tutto il personale di servizio sul percorso, di tutti i presenti e futuri reclami di ogni tipo, conosciuti e sconosciuti, derivanti dalla mia partecipazione. Concedo la mia autorizzazione ad utilizzare fotografie, nastri video o qualsiasi cosa relativa alla mia partecipazione per qualsiasi legittimo utilizzo senza remunerazione. Autorizzo l'utilizzo dei dati personali nel rispetto del D.lg. 196/2003. Il responsabile del trattamento dei dati è ASD

Data

Firma responsabile del Team

1) COGNOME NOME
NATO/A IL CATEGORIA numero TESSERA
VIA CAP CITTA' PROVINCIA
Mail Firma

2) COGNOME NOME
NATO/A IL CATEGORIA numero TESSERA
VIA CAP CITTA' PROVINCIA
Mail Firma

3) COGNOME NOME
NATO/A IL CATEGORIA numero TESSERA
VIA CAP CITTA' PROVINCIA
Mail Firma

4) COGNOME NOME
NATO/A IL CATEGORIA numero TESSERA
VIA CAP CITTA' PROVINCIA
Mail Firma

5) COGNOME NOME
NATO/A IL CATEGORIA numero TESSERA
VIA CAP CITTA' PROVINCIA