



**MODULO DI ISCRIZIONE**  
**CAMPIONATO NAZIONALE CICLOAMATORI CRONOMETRO**  
**NARNI SCALO (TR) - 14 SETTEMBRE 2024**

<b>ENTE DI APPARTENENZA</b>	
<b>CODICE SOCIETÀ</b>	
<b>COMITATO PROVINCIALE</b>	
<b>REFERENTE SOCIETÀ</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>TELEFONO</b>	

**DATI SOCIETÀ**

**DATI ATLETI**

<b>1</b>	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso _____
	N° Tessera _____ Categoria _____
	Telefono _____ E-mail _____
<b>2</b>	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso _____
	N° Tessera _____ Categoria _____
	Telefono _____ E-mail _____
<b>3</b>	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso _____
	N° Tessera _____ Categoria _____
	Telefono _____ E-mail _____

<b>4</b>	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso _____ N° Tessera _____ Categoria _____ Telefono _____ E-mail _____
<b>5</b>	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso _____ N° Tessera _____ Categoria _____ Telefono _____ E-mail _____
<b>6</b>	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso _____ N° Tessera _____ Categoria _____ Telefono _____ E-mail _____
<b>7</b>	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso _____ N° Tessera _____ Categoria _____ Telefono _____ E-mail _____

Compilando, sottoscrivendo e inviando il presente modulo in qualità di Presidente della Società mi assumo tutte le responsabilità dei dati forniti e dichiaro di essere delegato direttamente da ogni singolo iscritto a fornire i dati; Dichiaro che i dati forniti corrispondono a verità, consapevole che eventuali dichiarazioni mendaci comporteranno l'espulsione degli atleti iscritti dal la manifestazione; che tutti gli iscritti hanno letto il Regolamento della manifestazione e di accettarlo integralmente quale disciplina del rapporto con l'organizzatore assumendo gli oneri ivi previsti ; di aver ricevuto e compreso l'informativa resa ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO GDPR 679/2016 presente nel Regolamento stesso e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali effettuato dall'organizzatore. Dichiaro che tutti gli iscritti sono in possesso del certificato medico valido. Dichiaro che tutti gli iscritti sono in possesso di regolare tessera per svolgere l'attività ciclistica nell'anno in corso; di sollevare l'organizzatore della manifestazione dal risarcimento degli eventuali danni derivanti dai normali e prevedibili rischi legati all'attività, salvo il diritto di ottenere la liquidazione dell'assicurazione nelle ipotesi previste dalla polizza assicurativa; MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI. Potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti inviando una comunicazione A.S.D. IL SALICE con sede legale in Via del Salice 12 – 05100 Terni (TR) Tel. +39. 3895852806 mail: segreteria@asdilsalice.it – [asdilsalice@pec.it](mailto:asdilsalice@pec.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- autorizzo per conto degli iscritti l'utilizzo di fotografie, immagini filmate, registrazioni, derivanti dalla mia partecipazione alla manifestazione per ogni legittimo scopo, anche pubblicitario

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_