



Modulo di iscrizione

(c.c.p n. **57682809** intestato a: **ASSOCIAZIONE ATLETICA TRECATE**; c/c banc. n. **000057682809** ABI **07601** CAB **10100** CIN **R**)
(da COMPILARE (in STAMPATELLO) e inviare via fax al n. **0321 70296** con **allegata la ricevuta** del versam. o fotocopia della ricevuta del bonifico)

COGNOME		NOME		<p>Con la firma e l'invio del presente Modulo il concorrente dichiara di conoscere ed accettare il regolamento della Trecate Half Marathon, di essere in possesso di idoneo certificato medico per partecipare alla gara, ai sensi del D.M. 18/0282 e 28/02/83, e di avere compiuto 18 anni. Dichiara espressamente, sotto la sua personale responsabilità, non solo di aver dichiarato la verità (art. 2 legge 41/1968 n.15), e di esonerare gli organizzatori da ogni responsabilità, sia civile che penale, per danni a persone e/o cose da lui causati o a lui derivati. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che non è stata stipulata dall'organizzazione alcuna polizza assicurativa che risarcisca gli atleti per eventuali infortuni di natura accidentale verificatisi nel corso della manifestazione; pertanto sono a carico di ciascun atleta tutti gli oneri conseguenti a ciò. Dichiara inoltre di iscriversi volontariamente e di assumersi tutti i rischi derivanti dalla sua partecipazione, in quanto conscio che partecipare agli eventi sportivi in genere è potenzialmente un'attività a rischio. Dichiara inoltre di attenersi al codice della strada.</p>			
Sesso (barrare la cella)		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Indirizzo		CAP				Città	
Telefono o cellulare		e-mail (necessaria per comunicazioni)					
Fidal Agonisti (barrare la casella)		Fidal Master Amatori				N° Tessera FIDAL	
Altro <input type="checkbox"/> (specificare)		Ente/Federaz.					
Codice società		Nome Società					
Tesserino Giornaliero FIDAL (barrare la casella con "X")		Per il giornaliero, bisogna pagare 5,00 euro in più rispetto al prezzo di iscrizione.					
data		Firma					

