

02 MARZO 2025

Inviare il presente modulo, unitamente alla ricevuta di pagamento, al seguente indirizzo e-mail:

iscrizioni@csilaziociclismo.it



Compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte e firmarlo

Terza Prova

la quota di iscrizione di € 20,00 deve essere pagata tramite:

bonifico bancario IBAN: IT 06 C 08327 72940 00000 00115 15 (intestato a Gruppo Ciclistico Canino A.S.D.)

Società _____ Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Tel. _____ E-Mail _____ Cod. Società _____ Ente _____

	Nominativo	Data di Nascita (gg/mm/aaaa)	N° Tessera	E-Mail (indicare un indirizzo valido e regolarmente consultato)	Telefono	Sesso
1						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
6						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
7						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
8						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
9						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
10						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Con la firma, necessaria nel caso di iscrizione di squadra, il Presidente garantisce che tutti gli atleti hanno preso visione del Regolamento della manifestazione, sono in possesso di regolare tessera con idoneità agonistica per la stagione 2025 ed esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali in base al DLGS n. 196/2003. Nel caso di iscrizione di singoli atleti la compilazione del presente Modulo comporta il rilascio del proprio consenso al trattamento dei dati personali in base al DLGS n. 196/2003; la firma non è necessaria.

Inviare l'immagine fronte-retro della tessera completa della data di scadenza del Certificato Medico, se cambiata dall'ultimo invio

Firma _____