



**MODULO DI ISCRIZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Società \_\_\_\_\_ Cod. Società \_\_\_\_\_

n° tessera \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

Open  Ciclamatore  Cicloturista  Escursionista

RESPONSABILITÀ: firmando il modulo di iscrizione, il concorrente dichiara di essere in possesso dell'attestato medico secondo il D.M. del 18-02-1982, se tesserato di essere in possesso di regolare tessera e di aver preso visione del regolamento della manifestazione, inoltre con la sottoscrizione i partecipanti assumono gli organizzatori da qualsiasi responsabilità per incidenti che dovessero verificarsi prima, durante e dopo la manifestazione e se ne assumono le relative responsabilità. Con l'iscrizione si autorizza il Crazy Bike ad utilizzare i dati personali per le finalità connesse all'attività ciclistica. Legge 675/96 sulla "Privacy".

e-mail \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_