



MODULO ISCRIZIONE

VI XCM di Monte Calvo

01 maggio 2014 Amaseno Fr

GARA NAZIONALE FCI

- dal 15 gennaio 2014 al 25 febbraio 2014€25,00 master€20,00 cicloturisti;
- dal 26 febbraio 2014 al 31 marzo 2014€30,00 master €25,00 cicloturisti;
- dal 01 aprile 2014 al 29 aprile 2014.....€35,00 master€30,00 cicloturisti;

PER CICLOTURISTI NON TESSERATI 2€IN PIU' PER ASSICURAZIONE

Marcoledì 30/04/2014 dalle ore 15,00 alle ore 19,00 e giovedì 1 maggio 2014 (giorno della gara) dalle ore 7,30 alle ore 8,45€40,00 master€35,00 cicloturisti " senza garanzia pacco gara**

Agonisti FCI 10€per Buono Pasto e Pacco gara

MODALITA' di PAGAMENTO: Bonifico Bancario BCC **IBAN IT 79 V 08344 74690 000006842336** intestato a: FireFox Team Amaseno Via Fraginale n. 26 – 03021 Amaseno Fr , oppure ricarica POSTEPAY n. **4023 6005 9303 3253** intestata a Marco RUGGERI CF:RGGMRC70C05A256H (necessario documento di riconoscimento), oppure on-line su www.kronoservice.com.

Inviare il presente modulo di iscrizione debitamente compilato e corredato della ricevuta di pagamento via e - mail iscrizioni@kronoservice.com o via fax **06.92.93.29.74**

DATI SOCIETA' (obbligatori gli spazi contrassegnati da* per iscrizioni individuali obbligatorio TUTTO per iscrizioni societarie)

SOCIETA' DI APPARTENENZA: _____ *

REGIONE: _____ * ENTE DIAFFILIAZIONE: _____ * COD. SOC.: _____ *

CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____

VIA: _____ N° _____

TEL. SOCIETA': _____ E-MAIL SOCIETA': _____

NUMERO ISCRITTI: _____ TOTALE PAGAMENTO SQUADRA EURO: _____

DATI ATLETI (obbligatori tutti gli spazi con *. Barrare se MASTER o CICLOTURISTA, sesso M o F

Pagamento Euro

1	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
2	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
3	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	

DATI ATLETI (obbligatoria tutti gli spazi con *. Barrare se MASTER o CICLOTURISTA, sesso M o F)		Pagamento Euro
4	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
5	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
6	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
7	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
8	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	
9	NOME _____ *COGNOME _____ * N° TESSERA _____ * DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO ____/____/____ * E-MAIL: _____ * TEL. _____ * MASTER <input type="checkbox"/> ; CICLOTURISTA <input type="checkbox"/> ; SESSO <input type="checkbox"/> ; CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ VIA: _____ N° _____	

Collettivo: Sottoscrivendo il presente Modulo il Presidente della Società dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni medico – sanitarie idonee alla pratica dell'attività ciclistica, sono in possesso di regolare tessera per lo svolgere attività ciclistica nell'anno in corso.

Individuale: Con la propria firma il partecipante dichiara di essere in buone condizioni fisiche, di essere in possesso del certificato medico attitudinale per la pratica sportiva, di regolare tessera per svolgere attività ciclistica nell'anno in corso e di avere letto ed accettato i regolamenti delle singole prove e del circuito Marathon Lazio e di esprimere il consenso nell'utilizzo dei suoi dati personali, giusto disposto L. 675/1996.

Firma del Presidente e/o Atleta individuale _____