



MODULO ISCRIZIONE

XI Marathon di Monte Calvo

05 Maggio 2019 Amaseno Fr

GARA NAZIONALE FCI

- dal 16 gennaio 2019 al 20 febbraio 2019.....€ 20,00 master € 15,00 cicloturisti;
- dal 21 febbraio 2019 al 31 marzo 2019.....€ 25,00 master € 20,00 cicloturisti;
- dal 01 aprile 2019 al 04 maggio 2019.....€ 30,00 master € 25,00 cicloturisti;

PER CICLOTURISTI NON TESSERATI 2€ IN PIU' PER ASSICURAZIONE

Sabato 04/05/2019 dalle ore 15,00 alle ore 19,00 e domenica 05/05/2019 (giorno della gara) dalle ore 7,30 alle ore 8,45€ 35,00 master€ 30,00 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 Fragnale n. 26 – 03021 Amaseno Fr , 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 ATLETI (obbligatori tutti gli spazi con *. Barrare se MASTER o CICLOTURISTA, sesso M o F e inserire il percorso scelto: Marathon – Point to Point - Cicloturista

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"/> ; Percorso scelto <input type="text"/>	
	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"/> ; Percorso scelto <input type="text"/>	
	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"/> ; Percorso scelto <input type="text"/>	
	CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____	
	VIA: _____ N° _____	

DATI ATLETI (obbligatori tutti gli spazi con *. Barrare se MASTER o CICLOTURISTA, sesso M o F e inserire il percorso scelto: Marathon – Point to Point - Cicloturista)		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"/> ; Percorso scelto _____ 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"/> ; Percorso scelto _____ 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"/> ; Percorso scelto _____ 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"/> ; Percorso scelto _____ 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"/> ; Percorso scelto _____ 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"/> ; Percorso scelto _____ 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 _____