

MODULO D'ISCRIZIONE 36° GIRO DELLE DOLOMITI **29/7 – 4/8 2012**

Da inviare compilato in stampatello a:

A.S.D. GIRO DELLE DOLOMITI c/o USSA – Via Vittorio Veneto 5 – 39100 BOLZANO

Telefono +39 0471 272089 – Fax + 39 0471 270443- Internet www.girodolomiti.com e-mail girodol@girodolomiti.com

SOCIETA' DI APPARTENENZA
 VIA CITTA' CAP PROV..... NAZ
 TELEFONO FAX DISTANZA SEDE SOC.KM.....
 ENTE AFFILIAZIONE CODICE SOCIETA'
 E-MAIL.....

Il/la sottoscritto/a in relazione alla normativa di cui alla legge 31/12/1996 n.675 (recante disposizione a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali), esprime il consenso all'utilizzo dei suoi dati personali da parte della Vostra società per le finalità connesse o strumentali all'esercizio della Vostra attività. Si riconosce altresì che il trattamento dei dati avverrà attraverso strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

1	COGNOME E NOME VIA CITTA' CAP PROV NAZ..... TEL..... E-MAIL	DATA DI NASCITA	CODICE CHIP			
		M	F			
		CICLO AMATORE	CICLO TURISTA	TAGLIA	NR. TESSERA (allegare fotocopia)	
2	COGNOME E NOME VIA CITTA' CAP PROV NAZ..... TEL..... E-MAIL	DATA DI NASCITA	CODICE CHIP			
		M	F			
		CICLO AMATORE	CICLO TURISTA	TAGLIA	NR. TESSERA (allegare fotocopia)	
3	COGNOME E NOME VIA CITTA' CAP PROV NAZ..... TEL..... E-MAIL	DATA DI NASCITA	CODICE CHIP			
		M	F			
		CICLO AMATORE	CICLO TURISTA	TAGLIA	NR. TESSERA (allegare fotocopia)	
4	COGNOME E NOME VIA CITTA' CAP PROV NAZ..... TEL..... E-MAIL	DATA DI NASCITA	CODICE CHIP			
		M	F			
		CICLO AMATORE	CICLO TURISTA	TAGLIA	NR. TESSERA (allegare fotocopia)	
5	COGNOME E NOME VIA CITTA' CAP PROV NAZ..... TEL..... E-MAIL	DATA DI NASCITA	CODICE CHIP			
		M	F			
		CICLO AMATORE	CICLO TURISTA	TAGLIA	NR. TESSERA (allegare fotocopia)	

Giro completo Giro breve Singole tappe (indicare le date)

Il sottoscritto dichiara di essere in buone condizioni fisiche, di essere in possesso del certificato medico attitudinale per la pratica cicloturistica o cicloamatoriale, di aver letto e preso conoscenza del programma, dei percorsi con le relative altimetrie e di accettare il regolamento.

FIRMA _____

DATA PAGAMENTO
 Allegare fotocopia bonifico bancario

Sottoscrivendo il modulo il Presidente dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni medico-sanitarie idonee, che sono in possesso di regolare tessera e di aver preso visione del regolamento della manifestazione

PER ISCRIZIONI COLLETTIVE:
 Firma del Presidente della Società

Data

CASSA DI RISPARMIO
 IT 98 T 06045 11600
 000 00 5001882

NOTE CHIP: Se non lo possiedi, potrai noleggiarne uno direttamente sulla gara. **No chip, no time!!**

IL CHIP E' PERSONALE E NON CEDIBILE.

Servizio informazioni Championchip e-mail infochip@championchip.it – Tel. 0521/304061