

Run For Autism



Ritiro pettorali c/o Stadio "Paolo Rosi" in via dei Campi Sportivi 7

Cognome	
Nome	
Sesso (M/F)	
Nato/a il	
Tipo tesseramento *	
Società sportiva	
Tessera N. **	
Indirizzo	
Cap	
Citta/Prov	
Rec. Telefonico	
E. mail	

* Indicare tipo tesseramento : 1 – FIDAL 2 - Ente di Promozione Sportiva (EPS) 3 - Runcard

** indicare nr. Tessera FIDAL o altro Ente di promozione sportiva

N.B. I tesserati FIDAL dovranno allegare al fax il sostitutivo del tesserino scaricabile dalle società dal sito della FIDAL (tale sostitutivo attesta infatti il rinnovo per il 2017). I tesserati degli altri **Enti di promozione sportiva** (UISP, AICS, Libertas, ecc.) dovranno allegare **copia del tesserino in cui sia visibile la data del rilascio o di scadenza.**

RISERVATO A CHI E' SPROVVISTO DELLA COPIA DEL CARTELLINO FIDAL/COPIA TESSERA EPS

Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare il regolamento della manifestazione **Run for Autism**.

Dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra riportati sono veritieri (L. 197/1997).

Ai sensi del D. L.vo 196/2003 acconsento il trattamento dei dati da me forniti e la loro diffusione ai fini di formare l'elenco dei partecipanti alla gara, di redigere le classifiche ufficiali e pubblicare gli stessi anche sulla rete internet.

(Firma dell'atleta) _____

Il sottoscritto _____

Presidente della società _____ dichiara che il suddetto atleta è in regola con il tesseramento per l'anno 2017 e con le leggi vigenti sulla tutela sanitaria sportiva

_____ **Data**

_____ **Timbro della società sportiva e Firma**

ATTENZIONE: Il modulo, compilato in ogni sua parte e firmato tassativamente dal Presidente, deve pervenire entro **GIOVEDI' 23 Novembre 2017** via Fax allo 067005456 o in allegato via email a segreteriaiscrizioni123@gmail.com