

DICHIARAZIONE RESPONSABILITÀ PRESIDENTE

IL SOTTOSCRITTO

Nome Cognome Naz. Genere

Data di nascita Prov. Email Cellulare

IN QUALITÀ DI

Ruolo della società con codice Codice Società

Nome Società Ente

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che gli atleti inseriti nella lista allegata sono in regola con il tesseramento 2025 e con la certificazione medica, e che lo saranno anche alla data della manifestazione.

Mi impegno a compilare tutti i campi richiesti per l'iscrizione, e sono consapevole che in assenza dei dati non sarà consentita la partecipazione al/agli atleta/i.

Mi impegno ad esibire tesseramento e certificazione medica qualora mi vengano richiesti.

DATA FIRMA _____

TAPPA DI ISCRIZIONE

QUOTA

(fino al giorno pre-gara) **17,00 €**

(giorno gara) **22,00 €**

Quantità x

Il sottoscritto all'atto dell'iscrizione si costituisce garante del proprio comportamento, dichiarando, per se e per gli altri iscritti indicati nel presente modulo, di essere in possesso di regolare tessera o certificato medico per la pratica cicloturistica e/o cicloamatoriale e di aver letto ed approvato il Regolamento della Manifestazione.

Inoltre, per effetto della legge sulla Privacy nr. 196 del 30 giugno 2003 esprime consenso all'utilizzazione dei suoi dati da parte di A.S.D. Criterium Veneto per le finalità connesse all'iscrizione all'evento. L'utilizzazione dei dati avverrà mediante Sistemi atti a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Per quanto non espressamente contemplato vige il regolamento F.C.I.

Pagamento tramite Bonifico Bancario

IBAN **IT33F030623421000001895130**

Intestato a **Criterium Veneto ASD**

Casuale Iscr. [nome tappa] 2025 (+ [nome] [cognome])

Inviare il presente modulo a iscrizioni@criteriumveneto.it