

THIS FORM MUST BE SENT TO MOTO CLUB NASTRO E FASCETTE at INFO@SPRINTRACE.IT properly filled attaching the HEALTH CERTIFICATE (for non competitive activity) and the PAYMENT PROOF  
It is possible to pay by bank transfer to: MOTO CLUB NASTRO E FASCETTE ASD ; IBAN IT98 D057 0438 8600 0000 0255 300 (causal MEMBERSHIP + PRACTICE LICENSE, non competitive)  
or via PayPal to the address commerciale@sprintrace.it (causal MEMBERSHIP + PRACTICE LICENSE, non competitive)



ENTE DI PROMOZIONE  
SPORTIVA  
RICONOSCIUTO  
DAL CONI

## AICS SETTORE NAZIONALE MOTOCICLISMO – ROMA

### MODULO RICHIESTA TESSERA ALLENAMENTO NON COMPETITIVA 2.0

( SCRIVERE IN STAMPATELLO leggibile )

Il sottoscritto (cognome nome) \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente in VIA/N° \_\_\_\_\_

CITTA' / PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Richiede all' ASD MOTO CLUB NASTRO E FASCETTE di essere ammesso in qualità di socio. Contestualmente richiedo l'emissione di n°1 TESSERA ALLENAMENTO / NON COMPETITIVA AICS MOTOCICLISMO comprensiva di integrazione assicurativa per allenamenti. La tessera allenamento Aics Motociclismo copre gli allenamenti individuali di fuoristrada e velocità minore su piste omologate (FMI e/o affiliate Aics) nonché l'attività non competitiva codificata dal settore ed organizzata da sodalizi affiliati all'Aics previo nulla osta Aics Motociclismo.

#### COPERTURE ASSICURATIVE

Morte: € 80.000,00; Invalidità Permanente : € 80.000,00; Franchigia : 8% ;Diaria da ricovero : € 25,00 ( max 30 gg franchigia 7 gg ); Diaria da gesso : € 25,00 (max 30 gg franchigia 7 gg); Rimborso spese mediche : €1000,00 ( franchigia 150 euro )

In allegato alla presente consegno all'associazione sportiva il certificato medico per attività sportiva non agonistica (o superiore) in corso di validità.

Con la firma della presente richiesta dichiaro di aver letto ed accettato lo statuto dell'associazione , lo statuto di Aics ,i regolamenti di Aics Motociclismo le condizioni della polizza assicurativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOCIO/PILOTA \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Art.13 del GDPR 2016/697/UE

Ai sensi dell' Art.13 del GDPR 2016/697/UE – Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche o integrazioni , il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i suoi dati personali acquisiti tramite il presente modulo saranno trattati dall'associazione sopraindicata con l'ausilio di mezzi elettronici per finalita' riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOCIO/PILOTA \_\_\_\_\_