



SOCIETA' DI APPARTENENZA o NOME SQUADRA: _____

CAP _____ **CITTA'** _____ **VIA** _____ **N** _____

PROV _____ **TEL** _____ **ENTE AFF.** _____ **COD. SOC. N.** _____

VISITA AGONISTICA _____ **CERT. MEDICO DI BASE** _____

QUOTA: per N° _____ partecipanti €. _____ Versamento della quota d'iscrizione eseguita tramite bonifico bancario, intestato a: "UISP COMITATO FABRIANO" presso la Banca PROSSIMA di Fabriano : **Codice Iban IT76 P033 5901 6001 00000015786** spediti via **FAX al NUMERO 0732 251810 o via mail fabriano@uisp.it**

Cognome, Nome, Indirizzo completo e recapito telefonico. Firma di ogni partecipante in relazione alla normativa di cui alla legge 196 del 2003.	Data di nascita Ente e Num.Tes.
1)Cognome Nome	/ /
Via _____ n° _____	Ente:
Città _____ Cap. _____ Prov. _____	Nr.
Cell. _____ Firma _____	e-mail
2)Cognome Nome	/ /
Via _____ n° _____	Ente:
Città _____ Cap. _____ Prov. _____	Nr.
Cell. _____ Firma _____	e-mail
3)Cognome Nome	/ /
Via _____ n° _____	Ente:
Città _____ Cap. _____ Prov. _____	Nr.
Cell. _____ Firma _____	e-mail
4)Cognome Nome	/ /
Via _____ n° _____	Ente:
Città _____ Cap. _____ Prov. _____	Nr.
Cell. _____ Firma _____	e-mail
Con la propria firma il partecipante dichiara di avere preso visione del Regolamento della manifestazione e di accettarlo integralmente, senza alcuna riserva; inoltre esprime il suo personale consenso all'utilizzo dei suoi dati ai fini della manifestazione stessa, giusto quanto disposto dalla legge sulla privacy n. 196 del 2003. Sottoscrivendo il modulo il Presidente o il Capitano della squadra dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni medico-sportive e sanitarie idonee per la partecipazione alla manifestazione.	Firma del presidente o del capitano della squadra

L'ISCRIZIONE VERRA' REGISTRATA SOLO ALLA RICEZIONE DI COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO ALLEGATA AL PRESENTE MODULO E SPEDITI VIA FAX AL NUM: 0732 251810 o via mail a fabriano@uisp.it