

PARTE RISERVATA AL TESSERATO SOCIO

Cognome Nome	Luogo di nascita	Data nascita
Indirizzo	Città	CAP

Certificato medico per attività tipo: A =agonistica NA =non agonistica Data scadenza _____

Allegare sempre copia della certificazione medica

Chiede il rilascio della tessera tipo :

A+M G+M Dir M A+Mbase G+Mbase D

Chiede inoltre il rilascio della Licenza conduttore S.d.A. Motociclismo (tipo indicare con una X):

Basic

Promo

Master

SPECIALITA': _____ **CATEGORIA**: _____

Cartellino Tecnico Direttore-Giudice di Manifestazione

Data

Firma

PARTE RISERVATA AL MOTOCLUB

Dichiaro che il certificato comprovante la visita medico sportiva e l'assenso alla pratica del motociclismo (per i minorenni) sono custoditi presso gli archivi del Motoclub. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle norme sulla tutela sanitaria previste dalla Regione Umbria e delle relative deliberazioni del Consiglio nazionale Uisp.

Firma Presidente Motoclub

Il presente modulo va presentato al Comitato Territoriale Uisp competente