

**PARTE RISERVATA AL TESSERATO SOCIO**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

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. Motorismo (tipo indicare con una X):

**Basic**

**Promo**

**Master**

**SPECIALITÀ:** \_\_\_\_\_ **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*