

PARTE RISERVATA AL TESSERATO SOCIO

Cognome e Nome:	Luogo di Nascita:	Data di Nascita:
Indirizzo:	Città:	Cap:
Certificato medico per attività tipo: Scadenza Certificato:	A: Agonistica <input type="checkbox"/>	NA: Non Agonistica <input type="checkbox"/>

Allegare sempre copia della certificazione medica

Chiede il rilascio della tessera tipo : (tipo indicare con una **X**)

A+M **G+M** **DIR M** **A+M base** **G+M base** **D**

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

BASIC **PROMO** **MASTER**

SPECIALITÀ: _____ CATEGORIA: _____

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 Lazio e delle relative deliberazioni del Consiglio nazionale Uisp.

Firma Presidente Motoclub.....



Il presente modulo va presentato al Comitato Territoriale Uisp competente