

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 Lega Motociclismo **tipo (indicare con una X)** :
Basic Promo Master

SPECIALITA': _____ **CATEGORIA**: _____

Cartellino Tecnico Direttore-Giudice di gara

_____ 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