



Soirée Vertikal 2024 – Modulo di iscrizione

DATI PERSONALI CONCORRENTE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____
Nazione _____
Residenza: Via _____ CAP _____ Comune _____
Provincia _____ Email _____
n° cellulare usato in gara _____ n° cellulare per emergenza _____
Tesserato A.S.C./FIDAL/RUNCARD _____

GARA SCELTA (barrare un'opzione):

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Circuito Soirée (4 tappe) | | Costo 65€ |
| <input type="checkbox"/> | LA BALADE DU PARC (Champdepraz) | 24/04/2024 | Costo 20€ |
| <input type="checkbox"/> | GRIMPETTE DE L'ARBORETUM (Verrayes) | 15/05/2024 | Costo 20€ |
| <input type="checkbox"/> | LO DRETTE DI MATOUFFIE (Saint Oyen) | 22/05/2024 | Costo 20€ |
| <input type="checkbox"/> | LA MINE À BOUT DE SOUFFLE (Cogne) | 05/06/2024 | Costo 20€ |

Con la sottoscrizione del presente modulo dichiaro di:

- di aver preso visione, compreso e accettato il regolamento della gara pubblicato su: www.irunning.it, www.soireevertikal.it e www.technosport.it
- di sottoscrivere la dichiarazione di liberatoria e di allegarla al presente
- di essere in possesso di certificato medico sportivo per l'attività agonistica (D.M. 18.02.1982 tab. B), specifico per l'atletica leggera, in corso di validità alla data di svolgimento della corsa. Il certificato dovrà essere consegnato entro l'orario previsto della partenza della gara, pena esclusione dalla competizione. Non è ammessa autocertificazione, in quanto vietata dall'art.5 del C.C. "Atti di disposizione del proprio corpo" né dichiarazione di sana e robusta costituzione fisica rilasciata dal proprio medico curante
- di essere tesserato ASC/FIDAL/RUNCARD

REGOLAMENTO & PRIVACY

Accetto il regolamento (*obbligatorio*) Firma _____

Acconsento ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata, quanto a:

- finalità di cui al punto 3 a) e b) (*obbligatorio*) Firma _____
- finalità di cui al punto 3 c) (*facoltativo*) Firma _____

Data _____

RISERVATO ALLO STAFF

- Certificato Liberatoria Tesseramento Pagamento