

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO DALL'ASD AFFILIATA A: [motociclismo@aics.it](mailto:motociclismo@aics.it) INSIEME ALLA DISTINTA DI PAGAMENTO ED ALLA COPIA DEL BONIFICO DA APPOGGIARE A: AICS DIREZIONE NAZIONALE - IBAN IT22X0103003209 000001370102**

(a cura di AICS MOTOCICLISMO) TESSERA AICS N°



ENTE DI PROMOZIONE  
SPORTIVA  
RICONOSCIUTO  
DAL CONI

**AICS SETTORE NAZIONALE MOTOCICLISMO – ROMA – [motociclismo@aics.it](mailto:motociclismo@aics.it)**

**MODULO RICHIESTA TESSERA + LICENZA AICS MOTOCICLISMO**

**2019**

Il sottoscritto (cognome nome) \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero telefono: \_\_\_\_\_

Residenza :VIA/N° \_\_\_\_\_ CITTA'/PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

REGIONE \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Richiede di essere iscritto in qualità di socio all'ASD: \_\_\_\_\_ .Contestualmente verso la quota associativa indicata dall'associazione e richiedo l'emissione di licenza competitiva Aics Motociclismo e relativa copertura assicurativa integrativa gare per la partecipazione a manifestazioni ed eventi organizzati sotto l'egida di aics motociclismo nella stagione sportiva 2019. All'atto della richiesta consegno all'associazione sportiva il certificato medico per attività agonistica tipo B1 in corso di validità'.

SCADENZA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_

**DISCIPLINA SPORTIVA PRATICATA ( INDICARE QUELLA PREMINENTE )**

MOTOCROSS  CROSS COUNTRY  ENDURO  PITBIKE  SHORT TRACK  VESPA CROSS  
 SUPERMOTO  TRIAL  ACCELERAZIONE  SCOOTER  MINICROSS  ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

Con la firma della presente richiesta dichiaro di aver letto ed accettato lo statuto dell'associazione , lo statuto di Aics ,i regolamenti sportivi di Aics Motociclismo le condizioni della polizza assicurativa ALLIANZ relativa alla copertura infortuni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOCIO/PILOTA

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Art.13 del GDPR 2016/697/UE**

Ai sensi dell' Art.13 del GDPR 2016/697/UE – Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche o integrazioni , il sottoscritto dichiara di essere stato informato ed acconsente affinché i propri dati personali acquisiti tramite il presente modulo siano trattati dall'associazione sopraindicata con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOCIO/PILOTA

\_\_\_\_\_

**A cura dell'Associazione Sportiva**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di presidente dell'Associazione Sportiva \_\_\_\_\_ dichiaro che il certificato comprovante LA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA e L'ASSENSO PER MINORI alla pratica del MOTOCICLISMO sono conservati negli archivi dell'Associazione.

**Timbro dell'associazione e Firma del Presidente**