

Il presente modulo deve essere compilato e firmato dal pilota e consegnato al Motoclub che provvederà ad inoltrarlo al Comitato Aics di riferimento per l'emissione della relativa Licenza.



ENTE DI PROMOZIONE
SPORTIVA
RICONOSCIUTO
DAL CONI

SETTORE NAZIONALE MOTOCICLISMO – ROMA –

RICHIESTA ASSOCIATIVA E TESSERA MOTOCICLISMO ALLENAMENTO PROMO-NON COMPETITIVA



Il sottoscritto (cognome nome) _____ Mail: _____

Nato a: _____ il ____ / ____ / ____ Numero telefono: _____

Residenza :VIA/N° _____ CITTA'/PR _____ CAP _____

MOTOCLUB/CIRCOLO AICS : _____

TESSERA AICS ATTRIBUITA ANTICIPATAMENTE (a cura del circolo/comitato) [] SI N° _____ [] NO

Richiede di essere ammesso in qualità di socio presso il Motoclub sopra indicato e, contestualmente, richiede l'emissione di n°1 TESSERA MOTOCICLISMO AICS con integrazione ALLENAMENTO PROMO NON COMPETITIVA. L'integrazione copre gli allenamenti individuali di fuoristrada e Velocità minore su piste omologate (FMI e/o affiliate Aics) nonché l'attività non competitiva codificata dal settore ed organizzata da sodalizi affiliati all'Aics previo nulla osta Aics Motociclismo. COPERTURA ASSICURATIVA Allianz spa MASSIMALI: morte 80.000 /invalidità permanente 80.000 – Franchigia 8% - diaria ricovero : 25 euro /giorno (max 30 gg – franchigia 7 gg) – diaria Gesso 25 euro/giorno (max 30 gg – franchigia 7 gg) – rimborso spese mediche : 1000 euro (franchigia 15 euro) Polizza completa scaricabile da sito :<http://motociclismo.aics.it>

In allegato alla presente consegno all'associazione sportiva il certificato medico per attività sportiva non agonistica (o superiore)

SCADENZA VISITA MEDICA (OBBLIGATORIA) _____

Con la firma della presente richiesta dichiaro di aver letto ed accettato lo statuto dell'associazione, lo statuto di Aics, i regolamenti di Aics Motociclismo e le condizioni della polizza assicurativa ALLIANZ SPA

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 e L'ASSENSO PER MINORI (nei casi di specie) alla pratica del MOTOCICLISMO sono conservati negli archivi dell'Associazione.

Timbro dell'associazione e Firma del Presidente