



DOMANDA ISCRIZIONE 2021

NUMERO DI TESSERA

.....

(COMPILAZIONE A CURA DI ASD CICLIBRIANZA)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME	NOME	
NATO A	IL	
CODICE FISCALE		
RESIDENTE IN VIA		
LOCALITA'	CAP	
TELEFONO	CELL	
E MAIL		

Dichiara di aver letto e di accettare lo Statuto vigente e chiede di associarsi all'ASD CICLIBRIANZA per la stagione 2021 in qualità di (scegliere la tipologia socio):



SOCIO ORDINARIO (QUOTA+MAGLIA+SALOPETTE): 120,00 EURO

MAGLIA - TAGLIA.....

SALOPETTE - TAGLIA.....



CHIEDO INOLTRE IL TESSERAMENTO ACSI PER LA STESSA STAGIONE, QUOTA ANNUALE 30,00 EURO

OBBLIGATORIA VISITA MEDICA(consegnare la copia originale)

PER I NUOVI SOCI E' NECESSARIO CONSEGNARE O INVIARE VIA MAIL UNA FOTO-TESSERA

IL TUO NUMERO DI TELEFONO VERRA' INSERITO IN GRUPPO WHATSAPP PER RICEVERE INFO E COMUNICAZIONI (non sono ammessi altri argomenti che non riguardano la ASD)

DATA	FIRMA
.....

LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'

IO SOTTOSCRITTO

NATO A

IL

In qualità di socio della ASD CICLIBRIANZA, dichiaro di partecipare volontariamente alla vita associativa dell'ASD CICLIBRIANZA.



Dichiaro di aver letto e ben compreso il contenuto della presente, di conoscere e rispettare il regolamento e le normative vigenti dell'ente della Consulta a cui l'ASD CICLIBRIANZA è affiliata.

Dichiaro di aver compiuto 18 anni, di essere adeguatamente preparato ed in possesso di certificato medico che garantisce l'idoneità fisica in corso di validità; qualora non sia provvisto di certificato medico sono consapevole e responsabile del mio stato di salute.

Dichiaro di assumermi tutti i rischi derivanti dalla mia partecipazione a qualunque evento o allenamento, con particolare riferimento a cadute, contatti con veicoli, con altri partecipanti o altro, incluse condizioni climatiche di freddo estremo e/o umido e condizioni delle strade.

Mi impegno a rispettare il Codice della Strada, tutta la segnaletica ufficiale, e di utilizzare caschetto protettivo per la diretta incolumità.

Mi impegno inoltre ad utilizzare mezzi adeguatamente equipaggiati e indossare vestiario idoneo dal punto di vista tecnico e normativo nel pieno rispetto del Codice della Strada.

Premesso e confermato quanto sopra, io sottoscritto, per conto mio e nell'interesse di nessun altro, sollevo e libero la società ASD CICLIBRIANZA da qualsiasi reclamo presente e futuro e da ogni tipo di responsabilità conosciute e sconosciute, derivanti dalla mia partecipazione ad attività organizzate dalla Società o gestite di mia libera iniziativa.








Autorizzo espressamente la società ASD CICLIBRIANZA all'acquisizione ed all'utilizzo di qualsiasi immagine fotografica e/o video realizzato durante lo svolgimento delle manifestazioni in oggetto sulle quali possa apparire.

Ai sensi del T.U. in materia di privacy D.L. 196 del 30 giugno 2003 esprimo il consenso ad utilizzare i miei dati personali da parte della vostra Società per le finalità connesse all'esercizio della Vostra attività.

DICHIARAZIONE COMPLEMENTARE

dichiaro di accettare e condividerne integralmente lo statuto, che mi impegna a rispettare. Dichiaro inoltre di attenermi al rispetto delle norme statutarie, organiche, disciplinari, tecniche e regolamentari dell'Ente cui la predetta ASD è affiliata.

Dichiaro inoltre CHE NON:

-  Sono stato rinvenuto positivo ai controlli antidoping accreditati dal U.C.I., dal Comitato Olimpico Nazionale ed Internazionale e dalla WADA, siano essi programmati o a sorpresa, ovvero mi sia mai rifiutato di sottopormi ai controlli antidoping e/o tutela della salute, programmati o a sorpresa;
-  Sono stato trovato con valori alterati dei parametri biologici considerati quali indicatori di rischio per la salute, secondo le normative vigenti del C.I.O. , U.C.I. , F.N.C. , senza che sia dimostrabile una reale condizione genetica e/o fisiologiche in grado di motivare l'alterazione del/i parametro/i;
-  Sono stato trovato in possesso di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, proibite o soggette a restrizioni d'uso secondo le vigenti leggi e disposizioni regolamentari in materia di doping, senza alcuna giustificazione plausibile, circostanziata e documentata e in ogni caso senza alcuna dettagliata prescrizione medica;
-  Ho adottato pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche o terapeutiche documentate, finalizzate ovvero idonee a modificare i risultati dei controlli antidoping sull'uso di farmaci non consentiti;
-  Sono stato sottoposto a squalifica superiore a mesi 6 da parte dei competenti organi sportivi, per fatti connessi al doping;
-  Sono stato sottoposto dall'autorità giudiziaria a provvedimenti coercitivi personali ovvero ad indagini per fatti connessi alla violazione della normativa antidoping.
-  La presente autocertificazione è assimilata a quella prevista ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, N. 445. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Seregno ,

firma