

**DOMANDA ISCRIZIONE 2023**

NUMERO DI TESSERA

.....

(COMPILAZIONE A CURA DI ASD CICLIBRIANZA)

DESIDERO RINNOVARE LA MIA ISCRIZIONE PER L'ANNO 2023*Riservato ai già iscritti nel 2022*

COGNOME _____ NOME _____

NUOVO ISCRITTO (presentare fototessera in formato jpeg via email)*Riservato a chi desidera iscriversi per la prima volta o per comunicare eventuali modifiche*

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 2023

Il numero di cellulare verrà inserito nel gruppo WhatsApp per ricevere info e comunicazioni.

Nel gruppo WhatsApp non sono ammessi altri argomenti che non riguardano la ASD)

Quota iscrizione:**Individuale € 250,00****Coppia € 450,00****La quota associative comprende:**

Tesseramento Acsi + Certificato medico + Divisa estiva

Castelli + Calze + Iscrizione "GF Berghem mola mia 2023"

Taglia Maglia _____

Taglia Salopette _____

Misura Calze: S/M (N° 36-39) L/XL (N° 40-43) XXL (N° 44-47) **• Pagamento con bonifico**

IBAN: IT 39 00344033840000001618700 (Banco Desio , Via Trabattoni, 40 Seregno)

CAUSALE: Quota associativa 2023 + nome e cognome

• Scarica l'App "TIME TREE"

Per il calendario in condivisione: potrai condividere la tua uscita o unirti a quelle proposte dal team.

Data _____

Firma _____

LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'

Il 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 a partecipare in maniera frequente in base a impegni personali alle iniziative della società.
- 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.

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.

Data _____ Luogo _____ Firma _____