



ENTE DI PROMOZIONE
SPORTIVA
RICONOSCIUTO
DAL CONI

SETTORE NAZIONALE MOTOCICLISMO – ROMA – inviare a: motociclismo@aics.it

**RICHIESTA ASSOCIATIVA E TESSERA MOTOCICLISMO
+ LICENZA COMPETITIVA**



Il sottoscritto (cognome nome) _____ Mail: _____

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

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

MOTOCLUB/CIRCOLO AICS : _____

TESSERA AICS ATTRIBUITA (compilazione a carico del Comitato Aics di riferimento) N° _____

Richiede l'ammissione in qualità di socio presso il motoclub sopraindicato , contestualmente richiede l'emissione di n°1 Tessera Motociclismo Aics e di licenza **COMPETITIVA PILOTI AICS** . La LICENZA COMPETITIVA AICS MOTOCICLISMO copre gli allenamenti individuali di fuoristrada e Velocità minore su piste omologate (FMI e/o affiliate Aics) nonché consente la partecipazione ad attività competitiva / GARE organizzate sotto l'egida di 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 **COMPETITIVA/AGONISTICA tipo B1 Motociclismo**

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