V°TROFEO CICLOCROSS MTB CASENTINO

MODULO DI ISCRIZIONE

SABATO 6 GENNAIO 2024- BIBBIENA (AR)

Cognome:_____Nome: _____

Data di nascita:_____Luogo di Nascita: _____

Indirizzo e residenza: _____

Città:_____CAP:_____Provincia:_____Tel:_____Cell:_____

Email: _____

Tesserato Ente_____Tessera nr._____

Codice UCI_____ Categoria _____

Società_____Codice Società _____

*L'indirizzo email e il numero di cellulare verranno utilizzati per comunicare la conferma di iscrizione o notizie di eccezionale rilievo riguardanti la manifestazione, si prega di fornire almeno uno dei due recapiti. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare il regolamento

Autorizzo ASD MTB CASENTINO a trattare i miei dati personali in accordo con le normative vigenti

Firma: _____

Autorizzo ASD MTB CASENTINO a comunicare i miei dati alle società che si occupano di cronometria, classifiche e servizi aggiuntivi erogati durante la manifestazione, ivi inclusi gli organizzatori di eventi correlati.

Data: _____ Firma: _____

Organizzazione a cura dell' Associazione Sportiva Dilettantistica MTB CASENTINO- 52011 Soci Bibbena (Ar)
Infoline: 3382568349 – 3483140244 www.mtbcasentino.it e-mail info@mtbcasentino.it