FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

00196 Roma - Viale Tiziano, 70 - Tel. 06.32488.505 - Fax. 06.32488.420 - e-mail tesseramento@federmoto.it

RICHIESTA DI TESSERA SPORT 2010

……

cognome e nome* sesso* nazione nascita* luogo nascita* data nascita*

……

nazione residenza* prov.* città* cap.* indirizzo *

……

cellulare* telefono e-mail Codice Fiscale cittadinanza*

……

matricola e denominazione Moto club*

Massimali assicurativi per tesserati sport	
Caso Morte: € 200.000,00	Tabella lesioni B scaricabile dal sito internet www.federmoto.it
Rimborso spese mediche : € 15.500,00 in Italia : scoperto 10% minimo : € 160,00	
Diaria da ricovero: € 100,00 franchigia 3 gg. massimo 60 gg.	Responsabilità civile verso terzi: € 1.050.000,00 – Unico

Il sottoscritto/a dichiara di conoscere e accettare lo Statuto, i Regolamenti, le norme della F.M.I. ed il Regolamento Mondiale Antidoping WADA ed acconsente al trattamento dei propri dati personali. Dichiara di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) e art. 26 del D.lgs. 196/2003. Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la tessera sport ha validità unicamente sul territorio italiano e che la stessa abilita a partecipare all'attività promozionale organizzata dai Comitati Regionali. Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che tali manifestazioni promosse dai Comitati Regionali, a carattere sociale, provinciale, interprovinciale, regionale ed interregionale, a basso contenuto agonistico, escludono tassativamente acquisizione di punteggi e classifiche legate a Campionati e/o Trofei su più gare di qualsiasi livello e categoria.
Il sottoscritto dichiara di essersi sottoposto a visita medica per attività sportiva non agonistica, di aver consegnato il certificato al Presidente del Moto Club e che lo stesso ha validità per tutta la stagione sportiva 2010. Si impegna, altresì, a sottoporsi a nuova visita nel caso in cui il certificato scada in corso d'anno. Il sottoscritto dichiara di esonerare la Federazione Motociclistica Italiana, gli Organizzatori, i Gestori o Titolari di impianti e gli Ufficiali di Gara, nonché i loro rappresentanti e dipendenti, da qualsiasi responsabilità per eventuali lesioni fisiche o danni materiali, in cui potrebbe incorrere durante lo svolgimento di una qualsiasi manifestazione F.M.I., allenamenti, corsi teorico-pratici e stage. Si impegna altresì a sollevare la F.M.I., gli Organizzatori, i Gestori o Titolari di impianti e gli Ufficiali di Gara, nonché i loro rappresentanti e dipendenti, da qualsiasi responsabilità verso terzi per eventuali perdite, danni o lesioni di cui sia responsabile congiuntamente o individualmente. Afferma di accettare, per il risarcimento spettante a qualunque titolo, i massimali assicurativi sopra indicati. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che non è possibile adire le vie legali, ma che per dirimere qualsiasi controversia è necessario rivolgersi alla Giustizia Sportiva. La copertura assicurativa, per le specialità per le quali sia previsto il loro svolgimento in circuiti ed impianti, sarà operativa solo se l'attività verrà svolta in impianti dotati di Certificato di Omologazione rilasciato dalla F.M.I. in corso di validità e secondo i criteri indicati nel Certificato di Omologa. Le condizioni, la normativa e le procedure relative alla Polizza Assicurativa sono scaricabili dal sito internet www.federmoto.it.
Il sottoscritto, inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra riportati sono veritieri come da copia Documento Identità allegato alla domanda.

Luogo……..... Data…….

Firma Pilota*……..……..... Firma genitore o Rapp. Legale*……..……..…….

Il sottoscritto/a esprime il consenso alla comunicazione dei dati per finalità di marketing e promozionali a terzi con i quali la F.M.I. abbia rapporti di natura contrattuale, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

Luogo ……..…….. Data…… ……..……..……..

Firma Pilota…….……..…….. Firma genitore o Rapp. Legale…….……..…….

Il Presidente del Moto Club dichiara sotto la sua piena responsabilità che il socio ha personalmente compilato la presente domanda e di essere in possesso del Certificato medico per attività sportiva non agonistica. Dichiara inoltre che il Certificato ha validità per l'intera stagione sportiva 2010 e si impegna a far eseguire al socio nuova visita medica nel caso in cui la stessa scada in corso d'anno.

Luogo ……..…….. Data…… ……..……..……..

Firma Presidente del Moto Club……

I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE DEL MOTO CLUB

1. **Copia per F.M.I.**