

# CICLOTURISTICA TERRE D'AREZZO 7.4.2024

## ISCRIZIONE MULTIPLA



### PAGAMENTO CON BONIFICO

Inviare alla mail [cicloturistica@cavallinoasd.it](mailto:cicloturistica@cavallinoasd.it) il presente modulo compilato ed accompagnato dalla ricevuta di pagamento.

Bonifico Bancario intestato a Cavallino ASD presso "Banca di Anghiari e Stia Credito Cooperativo S.C."

IBAN: IT30V0834514101000000000067

SOCIETÀ ..... COD. SOCIETÀ .....

#### PARTECIPANTE 1

Cognome ..... Nome .....

Via ..... n° .....

Città ..... CAP..... Prov. ....

Tel. .... Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera ..... Ente.....

#### PARTECIPANTE 2

Cognome ..... Nome .....

Via ..... n° .....

Città ..... CAP..... Prov. ....

Tel. .... Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera ..... Ente.....

#### PARTECIPANTE 3

Cognome ..... Nome .....

Via ..... n° .....

Città ..... CAP..... Prov. ....

Tel. .... Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera ..... Ente.....

#### PARTECIPANTE 4

Cognome ..... Nome .....

Via ..... n° .....

Città ..... CAP..... Prov. ....

Tel. .... Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera ..... Ente.....

**PARTECIPANTE 5**

Cognome .....Nome .....  
Via .....n° .....  
Città .....CAP.....Prov. ....  
Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F  
n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 6**

Cognome .....Nome .....  
Via .....n° .....  
Città .....CAP.....Prov. ....  
Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F  
n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 7**

Cognome .....Nome .....  
Via .....n° .....  
Città .....CAP.....Prov. ....  
Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F  
n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 8**

Cognome .....Nome .....  
Via .....n° .....  
Città .....CAP.....Prov. ....  
Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F  
n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 9**

Cognome .....Nome .....  
Via .....n° .....  
Città .....CAP.....Prov. ....  
Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F  
n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 10**

Cognome .....Nome .....

Via .....n° .....

Città .....CAP..... Prov. ....

Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 11**

Cognome .....Nome .....

Via .....n° .....

Città .....CAP..... Prov. ....

Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera .....Ente.....

**PARTECIPANTE 12**

Cognome .....Nome .....

Via .....n° .....

Città .....CAP..... Prov. ....

Tel. ....Data di nascita..... Sesso  M  F

n° tessera .....Ente.....

**RESPONSABILITA':** firmando il modulo di iscrizione, i concorrenti dichiarano di essere in possesso dell'attestato medico secondo il D.M. del 18/02/1982, se tesserati di essere in possesso di regolare tessera e di aver preso visione del regolamento della manifestazione, inoltre con la sottoscrizione i partecipanti assolvono gli organizzatori da qualsiasi responsabilità per incidenti che dovessero verificarsi prima, durante e dopo la manifestazione e se ne assumono le relative responsabilità. Con l'iscrizione si autorizza "A.S.D. Cavallino" ad utilizzare i dati personali per le finalità connesse all'attività ciclistica. GDPR (2016/679).

Nome e Cognome del responsabile del Team.....

e-mail .....Firma.....