



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

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



RICHIESTA TESSERA SPORT 2015

NUOVO RINNOVO

M F

* COGNOME NOME * SESSO * NAZIONE NASCITA * LUOGO NASCITA PROV. * DATA NASCITA

* NAZIONE RES. PROV. * CITTA' * CAP * INDIRIZZO

NO SI:

* CELLULARE TELEFONO * E-MAIL * CITTADINANZA

Cod. Fiscale:

* MATRICOLA E DENOMINAZIONE MOTO CLUB

Attività Predominante*: (barrare una delle specialità sotto indicate)

Velocità Motocross Trial Enduro Altro:

Massimali assicurativi per tesserati sport (la tessera ha validità esclusivamente sul territorio italiano)

Caso Morte: € 80.000,00	Infortuni: Tabella lesioni A (Tabella consultabile su 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: € 1.100.000,00 - Unico

Il sottoscritto/a dichiara di conoscere e accettare lo Statuto, i Regolamenti, le norme della F.M.I. ed il Regolamento Mondiale Antidoping ed acconsente al trattamento dei propri dati personali. Dichiaro 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 svolgere unicamente attività di allenamento.

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 2015, e si impegna a sottoporsi a nuova visita, nel caso in cui la stessa scada in corso d'anno. Il sottoscritto dichiara di esonerare la FMI, gli Organizzatori, i Gestori /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 allenamenti, corsi teorico-pratici, corsi hobby sport e stage. Si impegna altresì a sollevare la F.M.I., gli Organizzatori, i Gestori /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. 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 organizzata da Moto Club o da Società in possesso di licenza di Organizzatore e verrà svolta in impianti dotati di Certificato di Omologa rilasciato dalla F.M.I. in corso di validità e secondo i criteri indicati nel Certificato stesso per l'attività di allenamento. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che per attivare la copertura assicurativa in allenamento, nelle specialità del fuoristrada, è obbligatorio l'invio alla Compagnia dell'SMS al numero indicato sulla Card. Le condizioni, la normativa e le procedure relative alla Polizza Assicurativa sono su 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 dell'esercente la potestà parentale *

Il sottoscritto/a dichiara di aver preso espressa visione della precedente clausola, relativa sia all'esonero da qualsiasi responsabilità sia ai riferimenti circa i massimali assicurativi previsti, e di accettarla espressamente anche ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile.

Firma Pilota * Firma Genitore o dell'esercente la potestà parentale *

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

Firma Pilota Firma Genitore o dell'esercente la potestà parentale

Il Presidente del Motoclub dichiara sotto la sua piena responsabilità che il tesserato ha personalmente compilato la presente domanda e di essere in possesso del Certificato medico per attività sportiva non agonistica. Dichiaro inoltre che il Certificato ha validità per l'intera stagione sportiva 2015 e si impegna a far eseguire al tesserato nuova visita medica nel caso in cui la stessa scada in corso d'anno.

Luogo Data

Firma del Presidente del Motoclub * Timbro del Motoclub

* I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI

NUMERO TESSERA CODICE A BARRE