



# FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

00196 Roma - Viale Tiziano, 70 - Tel. 06/32488511 - Fax. 06/32488310 - e-mail [commissari@federmoto.it](mailto:commissari@federmoto.it)

## RICHIESTA DI LICENZA FUORISTRADA AMATORIALE COMMISSARI DI GARA 2016

Nuovo  Rinnovo

.....  
 cognome e nome\*                      sesso\*                      nazione nascita\*                      luogo nascita\*                      data nascita\*  
 .....  
 nazione residenza\*    prov.\*                      città\*                      cap.\*                      indirizzo \*

.....  
 cellulare\*                      telefono                      e-mail \*                      C.F. \*                      cittadinanza\*

Codice G.C.G. .... Macrodisciplina. .... Eventuale Pseudonimo.....

Licenza 2015 SI  Numero ..... Codice Licenza .....

Massimali assicurativi per i piloti (validi sia in Italia che all'estero)	
Caso Morte in gara: 100.000,00 € Caso Morte in allenamento: 100.000,00 €	Infortunati in gara: Tabella lesioni B Infortunati in allenamento: Tabella lesioni A (Tabelle consultabili su <a href="http://www.federmoto.it">www.federmoto.it</a> )
Rimborso spese mediche: 26.000,00 € scoperto 10% minimo : 160,00 €	
Diaria da ricovero: 130,00 € 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 FMI ed il Regolamento Mondiale Antidoping 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/a iscritto ad un Campionato, Trofeo od a qualunque tipo di manifestazione territoriale, nazionale, ai sensi dei regolamenti sportivi FMI, si impegna ad 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 una qualsiasi manifestazione FMI, allenamenti, corsi e stage. Si impegna altresì a sollevare la FMI, 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. Dichiara di accettare, per il risarcimento spettante a qualunque titolo, i massimali assicurativi sopra indicati. La copertura assicurativa, per le specialità il cui svolgimento sia previsto in impianti e circuiti, è operativa solo se l'attività viene svolta in Impianti Omologati FMI ed organizzata da Moto Club o da Società in possesso di licenza di Organizzatore. Dichiara 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](http://www.federmoto.it).

Luogo..... Data.....

Firma\*.....

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.

Luogo ..... Data.....

Firma\* .....

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.....

Il Presidente del G.C.G. dichiara che il suddetto Commissario di Gara ha sottoscritto personalmente la domanda, che è stato sottoposto agli accertamenti previsti dal regolamento sanitario, che risulta idoneo alla pratica sportiva del motociclismo per la specialità specifica e che la documentazione medica è agli atti del G.C.G. Dichiara inoltre che la Scadenza del Certificato di Idoneità Agonistica è quella riportata sulla presente richiesta.

Luogo..... Data.....

Firma del Presidente del G.C.G.\*.....

\* I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI

<b>TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE DEL G.C.G.</b>
---

Codice a Barre

Numero Tessera

*Data scadenza visita medica		
Giorno	Mese	Anno