☐ ☐ **RINNOVO**

M F

**Velocità** ☐ ☐ ☐ ☐

80.000,00

**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. Dichiara 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**