FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

00196 Roma - Viale Tiziano, 70 - Tel. 06.32488511 - Fax. 06.32488310 - e-mail commissari@federmoto.it

RICHIESTA DI TESSERA SPORT COMMISSARI DI GARA 2016

□ Nuovo □ Rinnovo (n. Tessera Sport 2015)…….

☐**SPORT (Fuoristrada e prove libere valida esclusivamente in Italia)** ☐ **SPORT AUTODROMI (Prove libere valida in Italia ed in 5 circuiti internazionali)**

……..

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

……...

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

……...

cellulare* telefono e-mail * Codice Fiscale* cittadinanza*

Codice G.C.G…….

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

□ Velocità □ Motocross □ Trial □ Enduro □ Altro: ……

Massimali assicurativi per tesserati Sport e Sport Autodromi (la tessera ha validità esclusivamente sul territorio italiano)	
Caso Morte : € 80.000,00	**Infortuni : Tabella lesioni A** (Tabelle consultabili 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. 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 a) la Tessera Sport (Fuoristrada e Prove libere) ha validità unicamente sul territorio italiano; b) la Tessera Sport AUTODROMI (Prove libere) ha validità sul territorio italiano e su 5 circuiti internazionali : ARAGON-CARTAGENA-JEREZ-PORTIMAO-VALENCIA; entrambe le tessere abilitano a svolgere unicamente l'attività di allenamento .Il sottoscritto dichiara di essersi sottoposto a visita medica per attività sportiva non agonistica, di aver consegnato il certificato al Gruppo Commissari di Gara e che lo stesso ha validità per tutta la stagione 2016. Si impegna, altresì a sottoporsi a nuova visita nel caso in cui la stessa scada in corso d'anno consapevole che in assenza di nuova certificazione medica non sarà permessa alcun tipo di attività di allenamento e relativa copertura assicurativa. 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. **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.
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*……..…….....

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 sotto la sua piena responsabilità che il Commissario di Gara 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 2016 e si impegna a far eseguire al Commissario di Gara nuova visita medica nel caso in cui la stessa scada in corso d'anno.

Luogo…….. Data……

Firma del Presidente del G.C.G..*……

* I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE DEL G.C.G.

Codice a Barre

Numero Tessera