



ENTE DI PROMOZIONE  
SPORTIVA  
RICONOSCIUTO  
DAL CONI

**SETTORE NAZIONALE MOTOCICLISMO – ROMA – inviare a: [motociclismo@aics.it](mailto:motociclismo@aics.it)**

**RICHIESTA ASSOCIATIVA E TESSERA MOTOCICLISMO  
+ LICENZA COMPETITIVA**



Il sottoscritto (cognome nome) \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero telefono: \_\_\_\_\_

Residenza :VIA/N° \_\_\_\_\_ CITTA'/PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

MOTOCLUB/CIRCOLO AICS : Italian Scooter Challenge ASD

TESSERA AICS ATTRIBUITA (compilazione a carico del Comitato Aics di riferimento ) N° \_\_\_\_\_

Richiede l'ammissione in qualità di socio presso il motoclub sopraindicato , contestualmente richiede l'emissione di n°1 Tessera Motociclismo Aics e di licenza **COMPETITIVA PILOTI AICS** . La LICENZA COMPETITIVA AICS MOTOCICLISMO copre gli allenamenti individuali di fuoristrada e Velocità minore su piste omologate (FMI e/o affiliate Aics) nonché consente la partecipazione ad attività competitiva / GARE organizzate sotto l'egida di Aics Motociclismo. COPERTURA ASSICURATIVA Allianz spa MASSIMALI: morte 80.000 /invalidità permanente 80.000 – Franchigia 8% - diaria ricovero : 25 euro /giorno (max 30 gg – franchigia 7 gg) – diaria Gesso 25 euro/giorno (max 30 gg – franchigia 7 gg) – rimborso spese mediche : 1000 euro ( franchigia 15 euro ) Polizza completa scaricabile da sito :<http://motociclismo.aics.it>

**In allegato alla presente consegno all'associazione sportiva il certificato medico per attività sportiva COMPETITIVA/AGONISTICA tipo B1 Motociclismo**

SCADENZA VISITA MEDICA (OBBLIGATORIA) -----

Con la firma della presente richiesta dichiaro di aver letto ed accettato lo statuto dell'associazione , lo statuto di Aics ,i regolamenti di Aics Motociclismo e le condizioni della polizza assicurativa ALLIANZ SPA

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOCIO/PILOTA

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Art.13 del GDPR 2016/697/UE**

Ai sensi dell' Art.13 del GDPR 2016/697/UE – Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche o integrazioni , il sottoscritto dichiara di essere stato informato ed acconsente affinché i propri dati personali acquisiti tramite il presente modulo siano trattati dall'associazione sopraindicata con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOCIO/PILOTA

**A cura dell'Associazione Sportiva**

Il sottoscritto Carlini Michele in qualità di presidente dell'Associazione Sportiva Italian Scooter Challenge ASD dichiaro che il certificato comprovante LA VISITA MEDICO SPORTIVA e L'ASSENSO PER MINORI (nei casi di specie) alla pratica del MOTOCICLISMO sono conservati negli archivi dell'Associazione.

**Timbro dell'associazione e Firma del Presidente**