



# FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

MOTO CLUB D'ITALIA

ANNO DI FONDAZIONE 1911

ENTE MORALE

00196 ROMA - Viale Tiziano, 70 - TEL. 06.32488-226-236-252 - FAX 06.32.16.582

E-mail: [licenze.infortuni@federmoto.it](mailto:licenze.infortuni@federmoto.it)

## RICHIESTA DI LICENZA PROMOSPORT COUNTRY 200

..... Protocollo terr. .... Protocollo naz. ....  
 (indicare specialità e categoria) (riservato Co.Re.) (riservato ufficio licenze)

TERRITORIALE					
<b>ENDURO</b>	<b>PE</b>	7 anni - 70 anni	<b>TRIAL</b>	<b>PT</b>	7 anni - 70 anni
COSTO € 45			COSTO € 45		

**La licenza permette la partecipazione ad entrambe le specialità qualunque predominante si scelga, limitatamente a manifestazioni territoriali minori a carattere sociale di promozione e sviluppo**

COGNOME E NOME ..... SESSO .....

NAZIONE NASCITA ..... LUOGO NASCITA ..... DATA NASCITA .....

NAZIONE RESIDENZA ..... PROV. ..... CITTÀ ..... CAP .....

INDIRIZZO .....

TELEFONO 1 ..... TELEFONO 2 ..... E-MAIL .....

C.F. o P. IVA ..... CITTADINANZA .....

MATRICOLA E DENOMINAZIONE MOTO CLUB ..... BOLLINO TESSERA F.M.I. .... EVENTUALE PSEUDONIMO .....

Massimali assicurativi per conduttori	
Caso Morte: € 130.000,00	Tabella lesioni B
Rimborso spese mediche: € 15.494,00 in Italia: scoperto 10% minimo: € 155,00 - all'estero: scoperto 10% minimo: € 103,00	
Diaria da ricovero: € 100,00 franchigia 3 gg. massimo 60 gg.	Responsabilità civile verso terzi: € 260.000,00 - Unico

**Firma(A):** Il sottoscritto/a dichiara di conoscere e accettare lo Statuto, i Regolamenti, le norme della F.M.I. ed il Regolamento Mondiale Antidoping WADA ed acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando 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. **Firma(B):** 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 (A) \* ..... Firma (B) .....

Il sottoscritto iscritto ad un Campionato, Trofeo od a qualunque tipo di manifestazione territoriale, nazionale o internazionale, ai sensi dei regolamenti sportivi F.M.I., UEM e F.I.M. si impegna ad esonerare la Federazione Motociclistica Italiana, la UEM, la F.I.M., gli organizzatori, i gestori o 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 F.M.I., UEM e F.I.M., allenamenti, corsi teorico-pratici e stage. Il sottoscritto si impegna altresì a sollevare la F.M.I., gli organizzatori, i gestori o 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 e individualmente. Il sottoscritto dichiara di accettare, per il risarcimento spettante a qualunque titolo, i massimali assicurativi sopra indicati. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che non è possibile adire le vie legali, ma che per dirimere qualsiasi controversia è necessario rivolgersi alla giustizia sportiva.

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

Firma del Pilota \* ..... Firma del Rappresentante Legale \* .....

Il sottoscritto/a nella sua qualità di presidente della società di cui alla richiesta, dichiara che il suddetto socio 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 della società. Dichiara inoltre che la scadenza del certificato di idoneità medica è quella riportata sulla presente richiesta.

\* FIRMA del PRESIDENTE .....

\* TIMBRO DEL MOTO CLUB

GIORNO	MESE	ANNO

\* SCADENZA CERTIFICATO IDONEITÀ