fax: +39 0462/814784
cell: +39 348/7467171
email: cornacci.tesero@virgilio.it

26 - 06 - 2011

6a edizione

⋆ ⋆ ⋆

Modulo di Iscrizione

- **Per maggiori informazioni leggi il regolamento** (lo trovi accedendo al sito internet http://www.uscornacci.it/skyrace).
- La competizione è aperta a **TUTTI** coloro che hanno compiuto il diciottesimo anno di età e in possesso della vigente certificazione medica alla pratica sportiva a livello agonistico ai sensi del D.M. 10.1.82. Tale certificazione DEVE essere valida alla data della gara e deve essere **ESIBITA** al ritiro del pettorale.
- Le **iscrizioni si chiudono venerdì 24 giugno 2011** ore **12.00**. La quota d'iscrizione, di norma, è fissata per €25.00 (consulta tabella a pagina 2).
- Per l'iscrizione via fax o posta ritaglia e completa il seguente modulo riportato a fine pagina. Successivamente invialo: **FAX:** `0462/814784` oppure **POSTA:** `U.S. Cornacci A.S.D, via Fia 38038 Tesero (TN) ITALIA`. Successivamente procedi al pagamento della quota di iscrizione. Fa fede la data di spedizione.

- -

Nome:

Cognome:

Data di Nascita: __ / __ / ____ Sesso: M F

Via: N°:

Città:

Provincia:

CAP':

Associazione/Federazione:

N° Tessera:

Modulo di iscrizione: **STAVA SKYRACE**

ATTENZIONE il numero di iscritti è fissato a **250 ATLETI** (il comitato si riserva di modificare il numero di iscritti ove ci siano le possibilità organizzative). **La società declina ogni responsabilità per danni subiti da persone e cose, compresi infortuni personali e/o morte che si verifichino prima, durante o dopo la gara**

Quota di Iscrizione

Quota	Condizione	Richieste:
€ 25,00	Entro lunedì 20 giugno 2011 pagamento con **bonifico bancario**	• È necessario esibire il **certificato di visita medico agonistica**
€ 25,00	Entro venerdì 24 giugno 2011 pagamento con **bonifico bancario**	• È necessario esibire il **certificato di visita medico agonistica** e la **ricevuta del bonifico bancario**
€ 35,00	sabato 25 giugno 2011 pagamento in **contanti**	• È necessario esibire il **certificato di visita medico agonistica**

Pagamento

Beneficiario	U.S. Cornacci A.S.D
Banca	Cassa Rurale Val di Fiemme
IBAN	IT13 G081 8435 6400 0000 2000 354
SWIFT/BIC CODE	CCRTIT2T50A
Causale	SkyRace Cognome + Nome + Anno di Nascita