



**TRIAL BIKE**  
Associazione Sportiva Dilettantistica



**RICHIESTA ADESIONE**  
**ANNO 2024**

Nome: ..... Cognome: .....

Nato a: ..... il: ..... Taglia T-shirt : .....

Residente a: Via: .....

N° Tel.: .....N° Cell.: ..... E.mail: .....

- Quota Annuale - Scheda attività Tipo SA: 15,00 €**  
(4,00 € UISP+6,00 € Tessera Sociale solo per ciclisti già tesserati)
- Quota Annuale - Tessera da socio non praticante Tipo S: 20,00 €**  
(7,00 € UISP+8,00 € Tessera Sociale)
- Quota Annuale - Passaggio Tessera A a Tessera C Integrativa C1: 45,00 €**  
(33,00 € UISP+7,00 € Tessera Sociale x atleti tesserati in altri sport che passano al ciclismo)
- Quota Annuale - Prima Tessera Ciclismo + Assicurazione C: 50,00 €**  
(39,00 € tessera comprensiva di polizza integrativa C+6,00 € Tessera Sociale)

- MTB - Cicloturista** - Documentazione richiesta: Certificato sana e robusta costituzione + Liberatoria Responsabilità (Vedi allegato)
- MTB - Agonista** - Documentazione richiesta: Certificato Medico di Idoneità Agonistica (originale) + Liberatoria Responsabilità (Vedi allegato)
- MTB - Tessera giovani** (fino al compimento del 16° anno di età) a carico del TRIALBIKE

**PER VERIFICARE LE COPERTURE ASSICURATIVE VIGENTI CONSULTARE IL SITO NAZIONALE UISP**  
L'adesione mi impegna ad osservare lo statuto e le norme di regolamentazione del TRIALBIKE che dichiaro di conoscere, la tessera ha validità **massima di 365 giorni** così come la copertura assicurativa. I dati verranno registrati su moduli cartacei o supporti informatici e verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (ai sensi dell'art. 13 d.l.s. 196/2003).  
Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati personali nell'ambito delle finalità e modalità relative all'attività cicloturistica - agonistica e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge: confermo i dati riportati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

TIPO TESSERA:    Primaria     Attività     NUMERO TESSERA \_\_\_\_\_

SCADENZA CERTIFICATO MEDICO \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE SARA' EFFETTUATA SOLO SE ACCOMPAGNATA DALLA LIBERATORIA PER SCARICO RESPONSABILITA'**