Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Richiede l'emissione del tesserino giornaliero per la manifestazione denominata

_____

Del _____ Organizzata dalla ASD

_____ Codice _____

Dichiarazione sanitaria

☐ **Attività agonistica** Per la categoria Cicloamatoriale è necessaria la visita annuale finalizzata al rilascio, da parte di un centro di Medicina dello Sport riconosciuto, di un certificato attestante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica del ciclismo (D.M. della Sanità del 18/02/1982 e successivi)
Dichiaro di essere stato dichiarato idoneo alla pratica del Ciclismo Agonistico e consegno copia conforme della Certificazione Medica di idoneità alla pratica del Ciclismo Agonistico scadente il _____

_____ _____
Firma del Richiedente — Firma del Dirigente Società Organizzatrice per attestazione della consegna della copia della certificazione

☐ **Attività ciclosportiva (per percorsi superiori a Km. 70)** Per la categoria Ciclosportiva è necessaria la visita annuale finalizzata al rilascio, da parte di un centro di Medicina dello Sport riconosciuto, di un certificato attestante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica del ciclismo (D.M. della Sanità del 18/02/1982 e successivi)
Dichiaro di essere stato dichiarato idoneo alla pratica del Ciclismo Agonistico e consegno copia conforme della Certificazione Medica di idoneità alla pratica del Ciclismo Agonistico scadente il _____

_____ _____
Firma del Richiedente — Firma del Dirigente Società Organizzatrice per attestazione della consegna della copia della certificazione

☐ **Attività Cicloturistica (per percorsi inferiori a Km. 70)** Per la categoria dei Cicloturisti, è invece richiesta la visita annuale per il rilascio da parte del medico di base, di un certificato attestante lo stato di buona salute per attività non agonistica (D.M. del 28/02/1983 e successivi)
Dichiaro di essere stato dichiarato idoneo alla pratica del Ciclismo non Agonistico e consegno copia conforme del Certificato Medico di idoneità alla pratica del Ciclismo non agonistico scadente il _____

_____ _____
Firma del Richiedente — Firma del Dirigente Società Organizzatrice per attestazione della consegna della copia della certificazione

Dichiarazione del tesserato di manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali
Il sottoscritto PRESTA IL PROPRIO CONSENSO a che l'A.C.S.I. Settore Ciclismo effettui i trattamenti di dati personali relativi al sottoscritto per le finalità necessarie alla partecipazione alla manifestazione

_____
Firma del Richiedente

Il sottoscritto PRESTA IL PROPRIO CONSENSO a che l'A.C.S.I. Settore Ciclismo effettui i trattamenti di dati personali relativi al sottoscritto per l'invio di materiale informativo sulla propria attività e dei propri Partner Commerciali.

_____
Firma del Richiedente

DICHIARAZIONE ETICA
(Autocertificazione)

Io sottoscritto _____
Nato a _____ Il _____
Residente in Via _____
Cap _____ Città _____
Cod Fisc. _____

Dichiaro **che non:**

□ sono stato rinvenuto positivo ai controlli antidoping accreditati dall'U.C.I., dal Comitato Olimpico Nazionale ed Internazionale e dalla WADA, siano essi programmati o a sorpresa, ovvero mi sia mai rifiutato di sottopormi ai controlli antidoping e/o tutela della salute, programmati o a sorpresa;

□ sono stato trovato con valori alterati dei profili biologici monitorati nel passaporto biologico, secondo le normative vigenti del WADA e dell' U.C.I. senza che sia dimostrabile una reale condizione genetica e/o fisiologica in grado di motivare l'alterazione del/i parametro/i;

□ sono stato trovato in possesso di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, proibite o soggette a restrizione d'uso secondo le vigenti leggi e disposizioni regolamentari in materia di doping, senza alcuna giustificazione plausibile, circostanziata e documentata e in ogni caso senza alcuna dettagliata prescrizione medica;

□ ho adottato pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche o terapeutiche documentate, finalizzate ovvero idonee a modificare i risultati dei controlli antidoping sull'uso di farmaci non consentiti;

□ sono stato sanzionato dalla giustizia sportiva e/o ordinaria, per un periodo superiore a mesi 6 per motivi legati al doping;

□mi trovo nelle condizioni temporali che non consentono il tesseramento come ciclo amatori in base alle delibere federali ovvero:

- Atleti con contratto da professionista superiore a 2 anni per i anni 4 successivi all'ultimo anno di contratto.
- Atleti con contratto da professionista inferiore a 2 anni per i anni 2 successivi all'ultimo anno di contratto.
- Atleti U23 che abbiano conseguito un punteggio superiore a 20 per un anno dall'ultimo anno di contratto
- Atleti U23 che NON abbiano conseguito un punteggio pari o superiore a 20 per cui è possibile il tesseramento come amatore solamente al termine della stagione
- Atleti Elite (uomini e donne) che abbiano conseguito un punteggio superiore a 20 per i 2 anni successivi
- Atleti Elite (uomini e donne) che NON abbiamo conseguito un punteggio pari o superiore a 20 perl'anno successivo.

La presente autocertificazione è assimilata a quella prevista ai sensi e per gli effetti del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Lì _____

_____
Firma per autocertificazione

Parte da consegnare al Tesserato

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Risulta tesserato giornaliero iscritto con il dorsale _____ alla manifestazione denominata

_____

Del _____ Organizzata dalla ASD

_____ Codice _____

_____

Firma del Dirigente Società organizzatrice
per ricevuta del modulo sottoscritto e per ricevuta dell'importo di euro 10,00 per l'attivazione del tesserino giornaliero