



MODULO DI ISCRIZIONE
“Trentapassi Skyrace” e “Vertical Race”
6 Maggio 2018

Da spedire via FAX al numero **0312289708**
o E-MAIL: iscrizioni.trentapassi@otc-srl.it

Obbligatori: \bar{N} **CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA**
 \bar{N} **TESSERA F.I.SKY** (possibilità di sottoscrivere tessera giornaliera il giorno della gara)

AL PRESENTE MODULO VA ALLEGATA RICEVUTA DEL BONIFICO E COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA (Valido alla data della gara)

ISCRIZIONE ALLA 8ª EDIZIONE
della **“TRENTAPASSI SKYRACE”**

ISCRIZIONE ALLA 6ª EDIZIONE
della **“TRENTAPASSI VERTICAL RACE”**

Il sottoscritto/a (nome e cognome): _____

Nato a: _____ il: _____ Sesso M F

Residente a: _____ Prov: _____ cap: _____

Via: _____ N° _____

C.F. _____ Telefono: _____

e-mail: _____

(Importante per ricevere la conferma dell'iscrizione e comunicazioni importanti da parte dell'organizzazione)

Società: _____

~~~~~  
 Possiedo già la Tessera FISKY n. \_\_\_\_\_ Invio n. tessera entro il 26/04/18  
(mezzo fax o e-mail)

**Importo bonifico 45 €()**

**Modalità di versamento della quota di iscrizione:** Tramite bonifico bancario: IBAN IT06J0558489271000000003535 – BIC/SWIFT BPMIITMMXXX - CIN J – ABI 05584 - CAB 89271 - Ag. 01279 via Veneto, 30 – 22020 Faloppio (CO)

Indicando come causale: **“Iscrizione Trentapassi Skyrace 2018 - nome del/dei concorrenti” oppure**  
**“Iscrizione Trentapassi Vertical Race 2018 - nome del/dei concorrenti”**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Certificato medico allegato

Invio certificato appena rinnovato a mezzo fax (0312289708)  
o e-mail a: [iscrizioni.trentapassi@otc-srl.it](mailto:iscrizioni.trentapassi@otc-srl.it) entro il 26/04/2018

NON VERRANNO ACCETTATI MODULI D'ISCRIZIONE INCOMPLETI