



**RICHIESTA TESSERAMENTO 2025
ACSI INSURANCE CARD**



Io sottoscritto / I the undersigned

NOME – FIRST NAME _____

COGNOME – FAMILY NAME _____

DATA DI NASCITA – DATE OF BIRTH _____

CODICE FISCALE (only for Italians) _____

INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTÀ) – ADDRESS (STREET, ZIP CODE, CITY)

CELLULARE – PHONE N. _____

E-MAIL _____

**RICHIEDO IL TESSERAMENTO ACSI 2025 (valido fino al 31.12.2025)
REQUEST FOR THE ACSI 2025 INSURANCE CARD (valid until 31.12.2025)**

Sono consapevole che per completare tale richiesta sia necessario possedere e consegnare un certificato attestante l'idoneità alla pratica agonistica dell'atletica leggera o corsa su strada valido alla data di svolgimento della manifestazione 23^ Marcialonga Coop, 06.09.2025 (D.M. della Sanità del 18/02/1982 e successivi).

Mi impegno inoltre ad inviare il certificato medico rinnovato in caso di partecipazione ad altre gare con la presente tessera.

In order to get the insurance card, it is necessary to have a medical certificate stating the health compliance to practice running activity (D.M. della Sanità del 18/02/1982 and following)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE A – DOCUMENTATION TO SEND WITH THIS REQUEST TO
info@marcialonga.it**

– CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO AGONISTICO / [MEDICAL CERTIFICATE](#)

– COPIA DEL PAGAMENTO DI 5€ SUL CONTO / BANK TRANSFER 5€ ON

Sci Club Marcialonga:

IBAN IT27 S081 8435 2800 0000 0083 816 | BIC CCRTIT2T50A | Bank: Cassa Rurale Val di Fiemme

Causale-Object: TESSERA ACSI NOME e COGNOME / ACSI FIRST NAME and FAMILY NAME

IL RICHIEDENTE – THE APPLICANT

(LUOGO E DATA – PLACE AND DATE)

(FIRMA – SIGNATURE)