



**Get involved by Dolomites
07.09.2024**

Compila la scheda ed inviala a entry@marcialonga.it insieme alla copia del pagamento.

A pagina 2 trovi il modulo della staffetta.

Fill in the entry form with your details and send it to entry@marcialonga.it with the copy of the payment. See the page 3 for the relay race.

IBAN /BANK DETAILS SCI CLUB MARCIALONGA:

IBAN Code: IT 27 S 08184 35280 000000083816

SWIFT code/BIC code: CCRTIT2T50A Bank Cassa Rurale Val di Fiemme

Without any charge for us

COSTO ISCRIZIONE / ENTRY FEE

€ 30,00 gara 21km o 26,5 km

€ 90,00 gara a staffetta / relay race

L'iscrizione è possibile fino al 14 agosto / It is possible to enter until 14.08.2024

Tutti i dati sono obbligatori, compreso il numero di tessera COOP che verrà verificato dalla segreteria.

I primi 200 iscritti come soci Coop riceveranno il kit gara completo firmato "Team Coop": maglietta, felpa,

fascetta, borsa sportiva. Per tutti gli altri ci saranno comunque le magliette Team Coop che dovranno essere

indossate durante la gara.

LUNGHEZZA GARA / RACE LENGTH 21Km 26,5Km

COGNOME / SURNAME

NOME / NAME

SESSO / GENDER

M

F

DATA DI NASCITA - BIRTHDAY (gg/mm/aaaa)

NAZIONALITÀ / NATIONALITY

INDIRIZZO / ADDRESS

NUMERO / N.

CAP / ZIP CODE

CITTÀ / CITY

PROVINCIA

E-MAIL

NUMERO DI CELLULARE / CELL N.

NUMERO DI TESSERA COOP (si trova sotto il codice a barre)

SOCIETÀ / SPORT CLUB *

CODICE SOCIETÀ'

NUMERO TESSERA

TAGLIA / SIZE

XS

S

M

L

XL

ENTE:

ACSI

FIDAL

ALTRO

PARTECIPAZIONE / RESULT IN MARCIALONGA COOP 2022-2023: SI/YES

NO

RISULTATO MEZZA MARATONA O ALTRE GARE / HALF MARATHON RESULT 2023-2024:

GARA / RACE

ANNO / YEAR

KM

TEMPO / TIME

POSIZIONE / RANK

*Nel caso non si fosse iscritti ad alcuna società, si dovrà richiedere la tessera giornaliera ACSI presentando il certificato medico sportivo agonistico valido per il podismo.

*If you have no team, please request for the one-day card by ACSI sending by email your medical certificate for running.

Il sottoscritto dichiara di aver visionato l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, e preso atto dei diritti di cui all'art. 7, decide che i propri dati possano essere utilizzati per le finalità sopra indicate. In compliance with the Italian legislative Decree no. 196 dated 30/06/2003, I hereby authorize you to use and process my personal details contained in this document for the purpose of participating in the event.

FIRMA / SIGNATURE

STAFFETTA e SOLIDARIETÀ: SOSTIENI AIRLAZH
THE RELAY FOR CHARITY: SUPPORT AIRALZH



NOME SQUADRA / NAME OF THE TEAM:

*CONCORRENTE / RUNNER **A**: MOENA-PREDAZZO 10 km

NOME E COGNOME / NAME AND SURNAME -----

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH ----- NATIONALITY -----

INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTA') / ADDRESS (STREET, CODE, CITY, NATION)

EMAIL -----

CELLULARE / PH. NUMBER -----

TAGLIA / SIZE XS S M L XL XXL

*CONCORRENTE / RUNNER **B**: PREDAZZO-LAGO DI TESERO 8 km

NOME E COGNOME / NAME AND SURNAME -----

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH ----- NATIONALITY -----

INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTA') / ADDRESS (STREET, CODE, CITY, NATION)

EMAIL -----

CELLULARE / PH. NUMBER -----

TAGLIA / SIZE XS S M L XL XXL

*CONCORRENTE / RUNNER **C**: LAGO DI TESERO-CAVALESE 8 km

NOME E COGNOME / NAME AND SURNAME -----

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH ----- NATIONALITY -----

INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTA') / ADDRESS (STREET, CODE, CITY, NATION)

EMAIL -----

CELLULARE / PH. NUMBER -----

TAGLIA / SIZE XS S M L XL XXL

*Ogni concorrente deve allegare all'iscrizione il certificato medico di tipo non agonistico o agonistico, oppure la dichiarazione sostitutiva di possesso di tale certificato, presente alla pagina successiva. *Each runner must send the medical certificate or the signed declaration of good health in the next page.*

GARA A STAFFETTA – RELAY RACE 26 Km – 07.09.2024

Dichiarazione di possesso di certificazione medica

DA COMPILARE DA PARTE DI OGNI MEMBRO CHE NON ABBAIA GIÀ INVIATO O NON PRESENTI IN LOCO IL CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO.

Io sottoscritto/a

iscritto/a alla Staffetta Marcialonga Coop del 7 settembre 2024, appartenente alla squadra

dichiaro di essere in possesso della certificazione medica richiesta per partecipare all'evento, cioè di almeno uno dei seguenti certificati:

A. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico. Il certificato mi è stato rilasciato dal medico di base o da un medico specialista. L'esame per il rilascio del certificato includeva la misurazione della pressione arteriosa e l'effettuazione di un elettrocardiogramma refertato secondo gli standard esistenti.

B. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo agonistico. Il certificato mi è stato rilasciato da un medico specialista in medicina dello sport ed includeva la misurazione della pressione arteriosa, l'effettuazione di elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo refertati secondo gli standard esistenti, e un esame spirometrico.

Il certificato in mio possesso risulta in corso di validità alla data del 7 settembre 2024.

Sollevo la società sportiva dilettantistica Marcialonga da qualsiasi responsabilità per l'impossibilità di verificare il certificato stesso, impossibilità dovuta ad una mia negligenza nel presentarne copia.

Declaration of good health

The undersigned

member of the Team of the Relay by Marcialonga Coop called

based on the medical tests and the medical visit certify that can practice Running sport activity and can take part in the Relay race by Marcialonga Coop scheduled on 07.09.2024.

Data / Date: _____

Firma / Signature: _____

