



Get involved by Dolomites
06.09.2025

A pagina 2 trovi il modulo della staffetta / Relay at Page 2.

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

Fill in the entry form and send it to entry@marcialonga.it with the payment.

IBAN /BANK DETAILS SCI CLUB MARCIALONGA:

IT 27 S 08184 35280 00000083816 SWIFT code/BIC code: CCRTIT2T50A

Bank Cassa Rurale Val di Fiemme

COSTO ISCRIZIONE / ENTRY FEE

€ 30,00 gara 21km o 26,5 km

€ 90,00 gara a staffetta / relay race

L'iscrizione è possibile alle presenti condizioni di vendita fino al 17 agosto. Dopo questo periodo vale la quota presente sul regolamento della 22^ Marcialonga Running Coop.

It is possible to enter at this price until 17.08.2025. After this period, the fee indicated in the regulations applies.

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".

Tutti riceveranno la t-shirt 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 TESSERA COOP (si trova sotto il codice a barre)

NUMERO DI CELLULARE / CELL N.

NUMERO DI EMERGENZA (ICE NUMBER)

SOCIETÀ / SPORT CLUB *

CODICE SOCIETÀ'

NUMERO TESSERA

TAGLIA / SIZE XS S M L XL

ENTE: ACSI FIDAL ALTRO

PARTECIPAZIONE / RESULT IN MARCIALONGA COOP 2023-2024: SI/YES NO

RISULTATO MEZZA MARATONA O ALTRE GARE / HALF MARATHON RESULT 2023-2024-2025:

GARA / RACE

ANNO / YEAR

KM

TEMPO / TIME

POSIZIONE / RANK

*Se non hai una società podistica, dovrai richiedere la tessera ACSI presentando il certificato medico sportivo agonistico per il podismo. / *If you have no team, request for the one-day card by ACSI. Medical certificate for running is mandatory.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito "Regolamento" o "GDPR") il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. La presente costituisce l'informativa resa agli interessati ai sensi dell'Art. 13 GDPR.

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 – 06.09.2025

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 6 settembre 2025, 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 06.09.2025.

Data / Date: _____

Firma / Signature: _____

