



Get involved by Dolomites
06.09.2025

A pagina 2 trovi il modulo della staffetta

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

IBAN

SCI CLUB MARCIALONGA:

IT 27 S 08184 35280 000000083816

Bank Cassa Rurale Val di Fiemme

COSTO ISCRIZIONE

€ 40,00 SINGOLA / 90€ STAFFETTA

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

SCEGLI L'ASSOCIAZIONE CHE VUOI SOSTENERE:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| ☐ ASSOCIAZIONE BAMBI | ☐ CROCE ROSSA ITALIANA | ☐ LILT TRENTO | ☐ SPORTABILI |
| ☐ AIRALZH | ☐ LA VOCE DELLE DONNE | ☐ BEL DA MATTI | ☐ LE RAIS COOP SOC |

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.

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 ABBIA 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: _____

