

Compila il modulo ed invialo a entry@marcialonga.it con la copia del pagamento.

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

La quota di iscrizione – The entry fee is:

€ 90,00

IBAN /BANK DETAILS SCI CLUB MARCIALONGA:

IT 27 S 08184 35280 000000083816

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



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 _____

CELL. / PH. NUMBER _____ TAGLIA / SIZE XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

***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 _____

CELL. / PH. NUMBER _____ TAGLIA / SIZE XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

***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 _____

CELL. / PH. NUMBER _____ TAGLIA / SIZE XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

**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 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 6 settembre 2025.

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: _____

