



TESSERAMENTO FCI ANNO 2019

NUOVE ISCRIZIONI:

1. L'Atleta deve essere maggiorenne
2. Compilazione "MODULO ACCOGLIENZA"
3. Invio foto formato digitale in "JPG"
4. Pagamento **quota associativa euro 50,00** con bonifico alla società come indicato in calce o versata ad un membro del Direttivo.
5. Se l'atleta proviene da un'altra società deve compilare nulla osta di trasferimento e consegnarlo alla società uscente la quale procederà al trasferimento.
6. Invio del certificato medico **all'attività sportiva agonistica ciclismo**.
7. IL MODULO, FOTO DIGITALE (in JPG), COPIA VERSAMENTO QUOTA e il CERTIFICATO MEDICO vanno spediti a: gae.nat@tiscali.it oppure consegnati direttamente ad un membro del Direttivo.
Al nuovo iscritto verrà inviata via e-mail il consenso di tesseramento FCI FIAMME CREMISI.
8. L'acquisto del completo da ciclismo di società è **facoltativo** ed ha un costo di circa 105 euro e verrà assegnato nei tempi concordati con il Coordinatore FCI CICLISMO.

PACCHETTI 2019

Le Fiamme Cremisi hanno ideato dei pacchetti, per venire incontro agli iscritti che vogliono praticare più discipline sportive

	RINNOVO	1^ ISCRIZIONE
FCI	€50,00	€ 150,00 con completo
FIDAL+FITRI	€ 75,00	€ 170,00 con body
FIDAL+FITRI+FCI	€ 125,00	€ 220,00 con completo o body
FIDAL+FITRI+FCI+FIN	€ 150,00	€ 250,00 con completo o body

APPOGGIO BANCARIO

FRIULOVEST BANCA
Filiale San Vito al tagliamento (PN)
IBAN: IT 11 D 08805 65011 016000000657
Intestato a A.S.D. A.N.B. FIAMME CREMISI – San Vito al Tagliamento (PN)

CONTATTI CICLISMO

NATALE GAETANO 3477365462 gae.nat@tiscali.it

PRESIDENTE LANGELLA PIO 3356511048 presidente@fiammecremisi.it

ANNO 2019



Federazione
Ciclistica
Italiana

MODULO
ACCOGLIENZA

Società

Il/La sottoscritto/a _____ sesso* | _ |

Nato/a a* _____ Prov* | _ | _ | il* ___ / ___ / ___

C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Taglia: _____

Residente in V/P.zza* _____ n°. ____ C.A.P. | _ | _ | _ | _ |

Città* _____ Prov* | _ | _ | Tel* ___ / _____

Fax _____ - email _____

Società di provenienza se trasferito/a* _____

Firma atleta*

Il sottoscritto in qualità di Presidente della Società dichiara che gli atleti di cui è stato richiesto il tesseramento nel presente modulo, sottoposti alla visita medica prescritta dalle vigenti norme sanitarie sportive, sono stati dichiarati idonei all'attività sportiva, e che i certificati medici agonistici, sono depositati presso la Società.