



DOMANDA ASSOCIATIVA - ANNO 2024

al consiglio direttivo ASD MTB GOLOSINE-VERONA

Il sottoscritto/a nato/a a il
residente a C.A.P. in Via C.F.
documento Identità rilasciato da Cell.1 Cell.2
email 1) email 2)

CHIEDE

di essere ammesso/a a far parte dell'ASD Mtb Golosine in qualità di **socio ordinario**

CONSEQUENTEMENTE

1. Dichiaro di avere preso visione dello STATUTO dell'ASD Mtb Golosine, del regolamento per l'uso della SEDE e di impegnarsi ad osservare scrupolosamente tutte le norme in esso contemplate, di condividerne le finalità e di impegnarsi in ogni occasione a mantenere una buona condotta sportiva;
2. Prende atto che Asd Mtb Golosine è affiliata ad AICS (www.aics.it) e che il singolo socio verrà tesserato AICS con tessera "base" per la partecipazione a tutte le attività promosse e/o organizzate da AICS compresa la partecipazione ad attività agonistica e per l'accesso agli spazi associativi AICS. A richiesta ed a carico del richiedente è disponibile una integrazione assicurativa con la formula H24 le cui condizioni sono consultabili sul sito AICS. Al fine dell'iscrizione ad ASD Mtb Golosine e del tesseramento AICS è necessario essere in possesso di idonea certificazione medica in corso di validità. **Il tesseramento AICS, la qualifica di socio Mtb Golosine e dei relativi benefici decadono alla scadenza del certificato medico.**
3. S'impegna a versare la quota sociale per l'anno in corso ed è a conoscenza che le quote associative versate non sono rimborsabili e non sono trasferibili ad altra persona. La divisa estiva ricevuta, resta di proprietà di Asd Mtb Golosine e viene assegnata in uso gratuito al socio che si impegna a mantenerla in buono stato e restituirla al termine del periodo associativo.
4. Si impegna inoltre ad indossare il casco in tutte le uscite in bicicletta, ad indossare la divisa ufficiale e rispettare il codice della strada.

TAGLIA MAGLIA ESTIVA BDS TAGLIA MAGLIA ESTIVA MTB
TAGLIA PANTALONE ESTIVO BDS TAGLIA PANTALONE ESTIVO MTB
AGONISTA SI NO
INTEGRAZIONE ASSICURATIVA AICS CICLISMO H24 SI NO
DATA SCADENZA CERTIFICATO MEDICO

Per espressa accettazione, dichiaro di approvare e conoscere le condizioni di cui sopra

Verona, li

Firma del socio _____

Ai sensi dell'art. 10 dello Statuto il Presidente accetta la richiesta di iscrizione

Verona, li

Firma del Presidente _____