



XXVII CAMICIE ROSSE GARIBALDINE

Belgirate, 14 ottobre 2018

MODULO ISCRIZIONE - Vedi retro per lista equipaggio

(Tutti i campi sono obbligatori)

NOME IMBARCAZIONE e/o NATANTE

MODELLO **L.F.T.**

COLORE SCAFO-SCRITTE-TARGA

NUMERO VELICO **COLORE SPI**

CIRCOLO VELICO

ARMATORE **CELLULARE**

E-MAIL

CODICE FISCALE

QUOTA ISCRIZIONE € 45,00

da versare in contanti o tramite bonifico su IBAN: IT36D 05034 45470 000000 000361

I bonifici dovranno essere effettuati **entro mercoledì 10.10.2018**; dopo tale data la quota dovrà essere versata in contanti.

Io sottoscritto mi assumo ogni personale responsabilità delle qualità marine del mio scafo, del relativo equipaggiamento, dell'efficienza e delle idoneità fisiche dell'intero equipaggio imbarcato, delle dotazioni di sicurezza, delle sue sistemazioni e di quanto possa accadere a causa di deficienza relativa a quanto descritto, ivi compresi i danni a persone o cose. Dichiaro di aver letto il regolamento della Manifestazione e di impegnare me stesso ed il mio equipaggio a rispettarlo. Con questa dichiarazione intendo inoltre sollevare da ogni responsabilità La Società delle Regate 1858, organizzatrice del Raduno Velico, il Comitato, e tutti coloro che concorrono all'organizzazione dello stesso sotto qualsiasi titolo, assumendo a mio carico ogni danno che possa essere provocato dalla partecipazione della mia barca alla manifestazione.

Concedo inoltre liberatoria, a nome mio e del mio equipaggio, all'utilizzazione delle eventuali riprese video e/o fotografiche e di qualsiasi materiale relativo alla partecipazione alla corrente edizione del raduno Camicie Rosse Garibaldine per qualsiasi legittimo utilizzo, senza alcuna remunerazione, nonché alla conservazione ed al trattamento, anche per via informatica, dei miei dati personali indicati sul Modulo di Iscrizione e Lista Equipaggio nel rispetto della Legge n° 196/2003 e s.m.i.

Data

Firma leggibile



XXVII CAMICIE ROSSE GARIBALDINE

Belgirate, 14 ottobre 2018

LISTA EQUIPAGGIO – allegare copia del Certificato Medico

(Tutti i campi sono obbligatori)

NOME IMBARCAZIONE e/o NATANTE

SKIPPER **CELL.** **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 1..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 2..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 3..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 4..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 5..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 6..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 7..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 8..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 9..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 10..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 11..... **Certificato Medico (data)**

Membro Equipaggio 12..... **Certificato Medico (data)**