

| | | |
|---------------------|--|--|
| ALTETA/BIKER |  Rally di Sardegna <small>INTERNATIONAL MOUNTAIN BIKE</small> 16-21 JUNE 2019 | RISERVATO/FOR ORGANIZING ONLY |
| Cognome/Surname | | Numero di gara/Race number |
| Nome/Name | | _____ |
| Team | | |

**SCHEDA MEDICA
MEDICAL FORM**

| | | | |
|-----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Sesso/Sex | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | Gruppo sanguigno/Blood group |
|-----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|

| | |
|---------|-------------|
| Età/Age | Peso/Weight |
|---------|-------------|

| | |
|--|--|
| Malattie da segnalare/ Diseases to signalize | Terapie farmacologiche/Pharmacological therapies |
|--|--|

| | |
|---|----------------|
| Interventi chirurgici/Surgical operations | Traumi/Traumas |
|---|----------------|

| | |
|--------------------|---|
| Allergie/Allergies | In caso di necessità, contattare/ In case of need, please contact |
|--------------------|---|

| | |
|---|--|
| Nome e cognome della persona da contattare nel proprio paese d'origine/ Name and address of person to contac in own country | Ulteriori informazioni/ Further informations |
|---|--|

**LA SEGUENTE SCHEDA MEDICA DOVRA' ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA E RESTITUITA ALL'ORGANIZZATORE ENTRO IL 31.05.2019
THE FOLLOWING MEDICAL FORM HAVE TO BE COMPULSORY FILLED IN AND REFUNDED TO THE ORGANIZING WITHIN 31.05.2019.**

Dichiaro che i dati del presente modulo corrispondono a verità. Inoltre, dichiaro di aver preso coscienza del regolamento di gara e di accettare i termini senza riserva. Sollevo anticipatamente gli organizzatori da qualsiasi responsabilità civile e/o penale in caso di incidente corporale o materiale.

I declare that the present form is correct. However, I declare to know the regulations of the race and to accept the conditions without reserve. I raise in advance the organizers for any responsibility civil and or penal in case of bodily or material accident.

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto acconsente alla luce dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del regolamento UE n° 2016/ 679 - GDPR (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

esprimo il consenso NON esprimo il consenso
al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso
alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

DATE: _____, ____/____/____ FIRMA/SIGNATURE _____