



OAI – Offroad Association International



Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a il

residente a provincia CAP

in via numero

tel./cell. e-mail

Scadenza visita medica agonistica

CHIEDE

di avvalersi dell'assicurazione giornaliera fornita tramite OAI (Offroad Association International) per la manifestazione odierna (località della gara) del Campionato Italiano ICC al costo di 10,00 (dieci) Euro (**questa polizza assicurativa ha valore solo ed esclusivamente per le gare ICC**)

DICHIARA

di accettare i massimali forniti dall'assicurazione stessa: € 16.000,00 per invalidità permanente sopra il 50%, e € 8.000,00 in caso morte.

Il sottoscritto si assume la piena responsabilità di ***partecipare/correre*** a proprio rischio e sotto la propria responsabilità, accettando i massimali di polizza sopra indicati e dichiara che, in caso di sinistro, non avrà nulla a pretendere dagli organizzatori.

Ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Ai sensi di tale decreto legislativo (D.lgs. 196/2003), si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività statutaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante l' utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all' art. 7 del D.lgs. n° 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento).

Data Firma