



## MODULO DI ISCRIZIONE

ISCRIZIONE IN <b>CLASSE</b>	IRC	ORC	RATING FIV	LFT
-----------------------------	-----	-----	------------	-----

ARMATORE	
INDIRIZZO	
CITTA'	
NAZIONE	
TELEFONO	
EMAIL	
TESSERA FIV	
DATA CERTIFICATO MEDICO	

NOME IMBARCAZIONE					
MODELLO					
NUMERO VELICO					
CLUB APPARTENENZA					
LUNGHEZZA		LARGHEZZA		PESCAGGIO	
ASSICURAZIONE					

### DICHIARO

- a) che le informazioni inserite sono esatte;
- b) che i componenti della lista equipaggio sono in possesso della tessera FIV in corso di validità;
- c) di assumere a mio carico ogni e qualsiasi responsabilità per danni che dovessero derivare a persone o cose di terzi, sia a terra che in mare, in conseguenza della partecipazione alla regata;
- d) di prendere parte alla manifestazione a mio rischio e pericolo, dispensando l'organizzazione da ogni responsabilità. Il contenuto del bando e delle istruzioni di regata, di cui ho piena conoscenza, non possono essere motivo di riduzione della mia completa e illimitata responsabilità.
- e) di avere ricevuto copia e di avere piena conoscenza della informativa sul trattamento dei dati personali – regata- MOD. 004 e di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici e acconsento al trattamento da parte di YCCM dei dati per le finalità che richiedono il consenso espresso.

Data .....

firma .....

Obbligatorio allegare:

YACHT CLUB CALA DE' MEDICI

Via A. Straulino 1 - 57016 Rosignano Solvay (LI) - Cell. 344.1897875 – e-mail [info@yccm.it](mailto:info@yccm.it)



1. lista equipaggio MOD 002
2. dichiarazione firmata trattamento dati personali MOD 004
3. ricevuta pagamento quota partecipazione
4. assicurazione imbarcazione