



Bellagio 19 Ottobre 2025

MODULO ISCRIZIONE

COMPILARE E INVIARE CON TUTTI GLI ALLEGATI (COPIA BONIFICO E CERTIFICATO MEDICO):

E-MAIL: segreteria@bellagioskyteam.it

Obbligatoria: • CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

AL PRESENTE MODULO VA ALLEGATA RICEVUTA DEL BONIFICO E COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA (Valido alla data della gara)

ISCRIZIONE ALLA BELLAGIO SKYRACE

ISCRIZIONE ALLA BELLAGIO HALF SKYRACE

Il sottoscritto/a (nome e cognome): _____

Nato a: _____ il: _____ Sesso M F

Residente a: _____ Prov: _____ cap: _____

Via: _____ N° _____

C.F. _____ Telefono: _____

e-mail: _____

Società: _____ Numero T e s s e r a F I S K Y _____

QUOTE PER TESSERATI FISKY

BELLAGIO SKYRACE

€ 40

BELLAGIO HALF SKYRACE

€ 25

QUOTE PER NON TESSERATI FISKY

BELLAGIO SKYRACE

€ 45

BELLAGIO HALF SKYRACE

€ 30

INDICARE CON UNA CROCIETTA LA QUOTA DI ISCRIZIONE ALLA RELATIVA GARA SCELTA

Modalità di pagamento: Per versamenti tramite bonifico fare riferimento al seguente codice IBAN: IT82Z0861850940000000302629
contabile: "iscrizione nome gara e nominativo del/dei concorrenti". Fa fede la data del bonifico al fine di stabilire la quota di iscrizione.
I pagamenti errati verranno regolarizzati in fase di accredito presso la segreteria gare il giorno stesso.

Con l'iscrizione ad una delle gare sopraindicate dichiaro di accettare in tutto e per tutto il regolamento che ho potuto visionare sul sito della manifestazione
all'indirizzo www.bellagioskyrace.it. Accettando il regolamento in tutti i suoi punti esonero l'organizzazione da qualsiasi rivalsa nei suoi confronti

Data _____

Firma dell'atleta _____

Al fine di rendere valida l'iscrizione a seguito inviare copia del certificato medico sportivo in corso di validità.

Certificato medico allegato

INVIERO' DI SEGUITO COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO APPENA
RINNOVATO ALL'INDIRIZZO segreteria@bellagioskyteam.it
oppure a mezzo fax al num.031930440