



Con il supporto tecnico di Asd ciclo club ESTENSE e UISP ciclismo Bologna organizzano
 Con il patrocinio di ANIAD Emilia Romagna e ANIA Nazionale, Comune e Provincia di Bologna



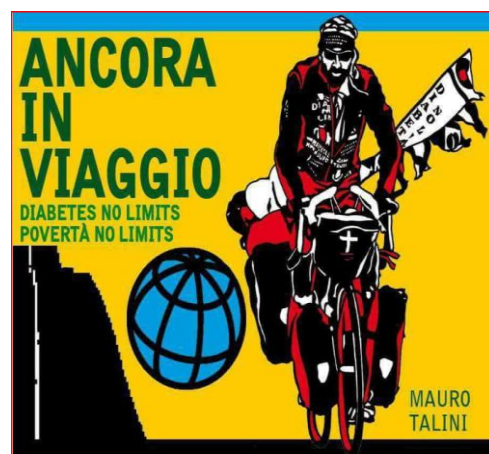
CAMPIONATO NAZIONALE PER atleti con DIABETE per amatori e Donne TROFEO MAURO TALINI

Gara ciclistica in circuito di 3,8 km aperta a tutti i tesserati uisp, fci, acsi, acli, csain, csi, per amatori e donne

VENERDI' 4 OTTOBRE 2019 Programma

RITROVO: BOLOGNA presso sede UISP in via Dell'Industria 20 dalle ore 12 con verifica tessera e punzonatura e ritiro numero di gara. **QUOTA di ISCRIZIONE: euro 15**

PARTENZE: ore 14,10 da via dell'Industria "benzinaio" gara per solo atleti con diabete.



INFORMAZIONI : Magli Franco 347 4244194 . ISCRIZIONI : cicloclub@cicloclubestense.it

PREMIAZIONE: presso sede uisp-punto di iscrizione della gara con: primi 5 della cat D1 (19-39) ; **5 cat D2(40-49) ; 5 cat D3(50-59); 5D4(60anni ed oltre); 5 Donne** con ceste alimentari, prodotti per la casa, materiale meccanico, ... **con maglia con tricolore al 1° di ogni categoria**

PERCORSO via Dell'Industria, via Larga, via Pioppe, via Martinetti, rotonda Torri, via S. Caterina di Quarto, via Smistamento, via del Ferroviere, via Dell'Industria, Arrivo di 3,8 km da ripetere 11 volte

La manifestazione è assicurata in rct vige regolamento UISP ..

ISCRIZIONI da spedire entro mart 1 Ottobre, con scheda di iscrizione, tipo di diabete e certificato medico che attesti la tipologia diabetica; ci si può iscrivere anche venerdì a 20 euro con certificazione medica e tipo di diabete.

SEGNALAZIONI PERCORSI: tutti i percorsi sono segnalati con personale ad ogni incrocio.



SCHEDA di PARTECIPAZIONE

Sono ad iscrivermi al CAMPIONATO NAZIONALE ATLETI CON DIABETE

Sono il ciclista _____ nato il _____

e residente a _____ (prov. _____)

in via _____ n° _____ cap _____

tel. _____ cell _____

email _____

tesserato per il G.C. _____ di _____

e Tesserato : uisp – ACSI – FCI – ACLI – CSI – altri _____ con tessera n° _____

Si deve allegare il certificato medico che certifichi il tipo di diabete _____

Firmando questa scheda di iscrizione si certifica di essere in regola con la certificazione medico sportiva e con il tesseramento . Autorizzo l'uso dei miei dati per info, sito , comunicazioni e classifiche .

data _____

Firma _____

Iscrizione da effettuare tramite versamento su c/c Bancario della BPER di Ferrara
agenzia di Porotto con IBAN IT 06 V 05387 13068 0000000 7995 , intestato ad Asd
ciclclub Estense .

ATTENZIONE: l'iscrizione va spedita con la ricevuta di pagamento alla mail
ciclclub@ciclclubestense.it .

