

7 DICEMBRE 2025

Organizzazione ASD Cagliari Marathon Club

Fiera di Cagliari

mail: [seikaralis@cagliarirespira.it](mailto:seikaralis@cagliarirespira.it)

# SEIKaralis

solidarietà sport salute

## DATI PERSONALI/Personal information

Nome/First Name

Cognome/Last Name

.....

Sesso/Gender    Luogo di nascita/Place of Birth

Data di Nascita/Date of Birth

M ☐ F ☐

Indirizzo/address

N°

.....

CAP/Zip Code

Città/City

Prov.

Nazione/Country

.....

E-mail

.....

Cellulare/cell phone

Taglia maglietta/T-shirt size

S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL ☐

.....

## DATA e FIRMA/Date and Signature

**Attenzione:** Con la firma della seguente scheda il concorrente, il genitore o chi esercita la patria potestà, dichiara di conoscere ed accettare il Regolamento della **CAGLIARI RESPIRA**, di essere in possesso di idoneo certificato medico per partecipare alla gara, ai sensi del DM 18/02/82 e 28/02/83 e di aver compiuto 18 anni. Dichiara inoltre espressamente sotto la propria responsabilità, non solo di aver dichiarato la verità, (art. 2 Legge 4/1/1968 n. 15 come modificato dall'art. 3 comma 10 legge 15/5/1997 n. 127) ma di esonerare gli organizzatori da ogni responsabilità, sia civile che penale per danni a persone e o cose da lui causati o a lui derivati. Il sottoscritto, inoltre, concede la propria autorizzazione a tutti gli enti sopra elencati ad utilizzare fotografie, nastri, video, immagini all'interno di sito web e qualsiasi cosa relativa alla propria partecipazione all'evento per qualsiasi legittimo utilizzo senza remunerazione. Le informazioni personali saranno trattate ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali attualmente in vigore. Dichiara inoltre di sottoscrivere integralmente il regolamento di gara ad integrazione di quanto su riportato.

Luogo e data

Firma



[cagliarirespira](http://cagliarirespira.it)

[www.cagliarirespira.it](http://www.cagliarirespira.it)