



TIRO DI CAMPAGNA CON ARMI A CANNA RIGATA

4° Campionato Italiano Open 2021
Specialità – Sagoma Cervo - 300 metri

S.S.D. SHOOTING RANGE – Giffoni Valle Piana (SA)

Cognome _____ Nome _____ ;

Data di nascita _____ ; Località _____ Prov.

Residente in Via _____ n°

C.A.P. Città _____ Prov.

Telefono _____ E-mail _____

Porto D'armi n° DATA DI SCADENZA

Rilasciato da _____

N° Tessera FIDASC _____ ; Società N° _____ ;

Categoria di appartenenza (es. ECC.; SEN.) _____

Chiedo di partecipare al Campionato sopra specificato, per tanto dichiaro:

firmando il presente modulo, di aver verificato la conformità della propria arma nella specialità a cui chiedo di partecipare, di assumermi ogni responsabilità, di danni e incidenti causati a persone o cose da cartucce da me ricaricate, nonché per mia incuria. Impegnandomi, altresì, ad usare tutte le dovute cautele atte a salvaguardare la propria e l'altrui incolumità, quindi, accettando in ogni suo punto il Regolamento Federale della Disciplina 2021, assumendomi ogni responsabilità in caso di falsa dichiarazione sollevando l'organizzazione e la FIDASC da ogni responsabilità al riguardo.

NB: In ogni fase del Campionato possono essere fatti controlli ad armi e materiali usati per lo svolgimento del campionato, la responsabilità della conformità degli stessi al regolamento è solo ed esclusivamente del tiratore.

Specialità, armi e munizioni:

Specialità HUNTING FIDASC:

Carabina Marca e tipo _____ /Calibro _____ /

Specificare se la propria arma è munita di spegni fiamma/compensatore _____ (SI/NO)

Cartucce originali ☐ Cartucce ricaricate ☐ * si, mi assumo le responsabilità come specificato nel regolamento.
NB: specificare con SI/NO.

Specialità VARMINT:

Carabina Marca e tipo _____ /Calibro _____ /

Specificare se la propria arma è munita di spegni fiamma/compensatore _____ (SI/NO)

Cartucce originali ☐ Cartucce ricaricate ☐ * si, mi assumo le responsabilità come specificato nel regolamento.
NB: specificare con SI/NO.

Data _____

Firma _____

Compilazione a cura del Delegato in caso d'ispezione

Verifica Arma e Munizioni

Note: _____

Eventuali Provvedimenti

Data _____

Firma Delegato _____