



2° AUTOSLALOM CITTA' DI MONTEMAGGIORE BELSITO
1-2 GIUGNO 2024
MEMORIAL "PINO GUCCIONE"

RICHIESTA DI ACCREDITO STAMPA

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap e Città _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____ Tessera Stampa Naz. n. _____

Altre tessere n. (si prega specificare tipo e numero) _____

chiede di essere regolarmente accreditato alla manifestazione citata in qualità di :

-Giornalista - P.R. - Addetto Stampa - Cineoperatore - Fotografo -Altro

Testata , Azienda o Società _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dei pericoli che possono esservi nel contesto delle manifestazioni automobilistiche e nell'assistere al loro svolgimento lungo il percorso di gara. Dichiara altresì di possedere l'esperienza e la preparazione professionale per assistere, in sicurezza, allo svolgimento di esse e di impegnarsi in ogni cautela necessaria ad evitargli danni fisici e materiali; di rispettare gli ordini di sicurezza impartiti dagli Ufficiali di Gara e dalle Forze dell'Ordine, di assumersi ogni e qualsiasi responsabilità per danni che dovesse subire, per propria imprudenza o imperizia.

Di sollevare da ogni e qualsiasi responsabilità civile e penale il Comitato Organizzatore, il Direttore di Gara e qualsiasi altra persona, Istituzione o Associazione per quanto sopra esteso.

N.B. autorizzo al trattamento dei dati personali ex D.lgs 196/2003.

MONTEMAGGIORE BELSITO 01 GIUGNO 2024

Firma _____

La consegna è prevista sabato 01/06/2024 presso il Centro Accrediti.

Consegnato Pass Stampa Visto dell'Addetto Stampa _____

Da trasmettere entro il 29/05/2024 a:

[o misilmeriracingslalom@gmail.com](mailto:misilmeriracingslalom@gmail.com) [O flaviolipani66@gmail.com](mailto:flaviolipani66@gmail.com)

N.B.: la documentazione in originale va consegnata all'Addetto Stampa.

- Per Fotografi, Video Operatori, Cameraman è consigliata (**non obbligatoria**) la Polizza Assicurativa a copertura di infortuni anche accidentali, etc. etc.

Polizza Assicurativa

Polizza n° _____

Compagnia _____

Scadenza _____

Il sottoscritto dichiara quanto sopra riportato nella consapevolezza della responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o non corrispondenti al vero.

Firma
