



# 30° AUTOSLALOM CITTA' DI MISILMERI

## 11-12 OTTOBRE 2025

### TROFEO SUD

### CAMPIONATO SICILIANO

#### 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.

**MISILMERI 11 OTTOBRE 2025**

Firma \_\_\_\_\_

**La consegna del Pass è prevista sabato 11/10/2025 presso il Centro Accrediti.**

Consegnato Pass Stampa  Visto dell'Addetto Stampa \_\_\_\_\_

**Da trasmettere entro il 08/10/2025 a:**

[flaviolipani66@gmail.com](mailto:flaviolipani66@gmail.com)

**NB: 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 \_\_\_\_\_