





<u>Istan</u>	za di autorizzazione	per Competizi	one ciclist	<u>ica</u>
	STRADA	МТВ	CRON	NO
		Co	DIREZIONE Ge	Regione Campania nerale per la Mobilità ale C3 - 80143 Napoli
		II' Amministrazione Pr	ovinciale di _ Questura di _	All'Anas Napoli
Al/ai Sindaco/i dei/l	comune/i di			·
Il sottoscritto	alla via	nato a		() il
della ASD		con sede in		
alla viaintende organizzare una m	anifestazione denominata	, affiliata all' US ACLI, ente	di promozione spo	ortiva riconosciuto dal CONI, ma dell'articolo 9 del D.P.R.
30/04/92 n. 285 (C.d.S.) e,	pertanto,	CHIEDE		
	nento della competizione ciclistica in ogge , in località			<u>ci</u> e
RITROVO ORE	PRESSO			
in VIA	Partenza	UFFICIALE - ore	<u></u>	
Itinerario :				
termine previsto alle ore				

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che:

- -alla partenza, durante tutto il percorso ed al traguardo, il regolare svolgimento della competizione sarà assicurato dalla presenza di addetti dell'organizzazione, specificatamente incaricati;
- -durante la gara, compresi gli adempimenti preparatori, sarà assicurata l'assistenza sanitaria con n° 2 Ambulanze con medico a bordo;
- la società organizzatrice è munita di scorta tecnica;







- la sicurezza e la gestione degli incroci sarà assicurata da n° 20 persone, sce	elte tra i componenti dell'organizzazione e
della protezione civile.	

- la competizione è regolarmente assicurata per la Responsabilità Civile verso Terzi, con **VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A.** con sede in Milano 20153 Via Caldera, 21 tramite **US ACLI**, avente sede in Roma 00153 Via Giuseppe Marcora, 18, giusta polizza RCT n° **F50.014.906895**, scadente il **30.09.2018** e polizza Infortuni n° **IAH0007712**, nonché per eventuali danni a cose, ivi comprese le strade e le relative attrezzature.
- -non saranno arrecati danni all'estetica delle strade e all'ecologia dei luoghi interessati dalla gara e che sarà ripristinato lo stato dei luoghi e delle cose al termine della manifestazione.

## **ALLEGA:**

- -n° 1 copia del programma della manifestazione approvato
- -n° 1 copia planimetria
- -n° 1 copia dichiarazione assicurativa

Data e Luogo

## **Contatto Coordinatore Regionale US Acli**

Mail pec: coordinatoreacli@pec.it

Cell: 347 6651210

Visto di Approvazione

Il Presidente