



Unione Sportiva ACLI
Ente di Promozione Sportiva
Riconosciuta dal CONI art. 31
D.P.R. 530 del 2-8-1974



allegato 1

Istanza di autorizzazione per Competizione Ciclistica

Alla Regione Campania
Direzione Generale per la Mobilità
Centro Direzionale C3 - 80143 Napoli

Alla Prefettura di _____

All' Amministrazione Provinciale di _____

Alla Questura di _____

Al Comando Provinciale Carabinieri di _____

All' ANAS Napoli - Settore Viabilità

Al Comando Polizia Stradale di _____

Ad Enti vari _____

Al/Ai Sindaco/ci del/i Comune/i di _____

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il ___/___/_____
e residente a _____ alla via _____
tel. _____, e-mail _____
in qualità di presidente della ASD _____
con sede in _____ alla via _____
affiliata all' *US acli*, ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI,
intendo organizzare una manifestazione sportiva denominata _____
_____, a norma dell' art. 9 del D.P.R. n. 285
del 30/04/92 (C.d.S.) e, pertanto,

CHIEDE

l'autorizzazione per lo svolgimento della competizione ciclistica in
oggetto riservata alla categoria *cicloamatori agonistici* che avrà luogo
in data ___/___/_____ in località _____(___), secondo
le seguenti modalità:

RITROVO ORE _____ PRESSO _____

IN VIA _____

Partenza Ufficiale alle Ore ___:___ Fine della Manifestazione alle Ore ___:___

Partecipanti Previsti N° _____

PERCORSO:



Unione Sportiva ACLI
Ente di Promozione Sportiva
Riconosciuta dal CONI art. 31
D.P.R. 530 del 2-8-1974



Dichiara sotto la propria responsabilità che :

- alla partenza, durante tutto il percorso ed al traguardo finale, 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 personale Medico a bordo;
- la società organizzatrice è munita di scorta tecnica abilitata (n° _____)
- la sicurezza e la gestione degli incroci sarà assicurata da n° 20 persone, scelte tra i componenti dell' organizzazione e del servizio di Protezione Civile.

- la competizione è regolarmente assicurata per la Responsabilità Civile verso Terzi, con la Vittoria Assicurazioni S.p.a. con sede in Milano 20153 alla via Caldera n° 21, tramite U.S. acli con sede in Roma 00153 alla via Giuseppe Marcora n° 18, giusta polizza RCT N° F50.014.906895 scadente il 30/09/2018 e con Polizza Infortuni n° IAH0007712, nonché per eventuali danni a cose, ivi incluse le strade e le relative attrezzature.

- non saranno arrecati danni all' estetica delle strade ed all' ecologia dei luoghi interessati dalla gara e che sarà ripristinato lo stato dei luoghi e delle cose al termine della manifestazione.

ALLEGA:

- N° 01 copia del programma della manifestazione approvato
- N° 01 copia della planimetria obbligatoria
- N° 01 copia dichiarazione assicurativa Vittoria Sp.a.

Luogo e Data

_____ / ____ / _____

Contatto Coordinatore Regionale *U.S. acli*

e-Mail pec : coordinatoreacli@pec.it

coordinatoreacli@gmail.com

cell. 347 6651210

Visto di approvazione

Il Presidente



Unione Sportiva ACLI
Ente di Promozione Sportiva
Riconosciuta dal CONI art. 31
D.P.R. 830 del 2-8-1974



allegato 2-bis

SOCIETA' ORGANIZZATRICE

Programma Gara **in Circuito** **su Strada** **Crono** **MTB**

Organizza per il giorno ___/___/___ in località _____
una manifestazione ciclistica denominata _____

di tipo Strada Circuito Aperta alla Consulta SI Riservata U.s. acli

Aperta a tutti gli ENTI SI NO ENTI AD INVITO

Ritrovo dalle ore ___ : ___ alle ore ___ : ___ presso _____
_____ (___)

Partenza Unica / per Fasce dalle ore ___ : ___ da _____.

Direttore di Gara : Sig. Della Notte Giovanni - Tessera n° 169494

Tel. 347 6651210 e-mail coordinatoreaccli@gmail.com

Medico di Gara Dr. _____

Tel. _____

Locale adibito al controllo anti-doping _____

PERCORSO: Km _____

Note particolareggiate: PROGRAMMA

- | | | |
|---|------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> PARTENZA UNICA | ALLE ORE ___:___ | GIRI DA PERCORRERE ___ |
| <input type="checkbox"/> 1ª BATTERIA UNDER 39 | ALLE ORE ___:___ | GIRI DA PERCORRERE ___ |
| <input type="checkbox"/> 2ª BATTERIA OVER 40 ED OLTRE | ALLE ORE ___:___ | GIRI DA PERCORRERE ___ |
| <input type="checkbox"/> DONNE UNICA | ALLE ORE ___:___ | GIRI DA PERCORRERE ___ |

CASCO OBBLIGATORIO. Assistenza Sanitaria fornita da _____

DISCIPLINA : tutti i concorrenti dovranno osservare il più completo ordine di raggruppamento, di disciplina e di rispetto del Codice della Strada, delle disposizioni dei G.d.G. e del regolamento.

PREMIAZIONE CLASSIFICA GENERALE _____

PREMI PER CATEGORIA PRIMI TRE

PREMI DI RAPPRESENTANZA PER SOCIETA' _____

Luogo della premiazione _____

PER QUANTO NON CONTEMPLATO NEL PRESENTE, VIGONOI I REGOLAMENTI DELLA U.S. acli NAZIONALE.

Luogo e Data _____ (___) ___/___/___

Visto di approvazione

Il Presidente della Società

SOCIETA' ORGANIZZATRICE _____ PRESIDENTE SIG. _____

VIA _____ LOCALITA' _____ (___)

RECAPITI TELEFONICI _____ INDIRIZZI E-MAIL _____