



coordinatoreaccli@gmail.com

info 347 6651210

allegato 2

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. accli
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° 20163

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

Medico di Gara _____

Locale adibito al controllo anti-doping _____

PERCORSO: Km _____

Note particolareggiate: PROGRAMMA

- | | | |
|---|----------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> PARTENZA UNICA | ALLE ORE __:__ | GIRI DA PERCORRERE ____ |
| <input type="checkbox"/> 1BATTERIA UNDER 39 | ALLE ORE __:__ | GIRI DA PERCORRERE ____ |
| <input type="checkbox"/> 2BATTERIA 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, VIGONO I REGOLAMENTI DELLA U.S. accli NAZIONALE.

Luogo e Data _____ () __ / __ / 2019

Visto di approvazione

Il Presidente della Società

SOCIETA' ORGANIZZATRICE _____

RECAPITI TELEFONICI _____ INDIRIZZI E-MAIL _____