

N.Progr. _____
(Da inserire a preventivo
confermato)

Modulo per la dichiarazione dei dati

DATI ORGANIZZATORE

Ragione Sociale:			
Cognome richiedente		Nome Richiedente	
P.IVA o Cod. Fiscale		N. determina e N. impegno di spesa (riservato pubbliche amministrazioni)	
Indirizzo sede legale			
Indirizzo di fatturazione			
Telefono	Cellulare	Fax	E-mail

DATI EVENTO

Denominazione evento	
Indirizzo di svolgimento dell'evento	Date e orari
Nome e Cognome responsabile organizzazione sul posto	Nome e Cognome secondo responsabile organizzazione sul posto
1° Cellulare di reperibilità	2° Cellulare di reperibilità

Tipologia di evento

Publico previsto (picco massimo di persone presenti contemporaneamente)	Capacità ricettiva massima del luogo dell'evento (in caso di concerti e spettacoli)	Numero persone fragili presenti (es. disabili)
<input type="checkbox"/> Feste / Raduni / Concerti	<input type="checkbox"/> Gare podistiche	<input type="checkbox"/> Calcio
<input type="checkbox"/> Air show	<input type="checkbox"/> Motonautica	<input type="checkbox"/> Eventi segnalati a rischio dalle autorità
<input type="checkbox"/> Corse auto / moto su circuito chiuso a rilevanza locale	<input type="checkbox"/> Gara ciclistica di rilevanza locale o provinciale	<input type="checkbox"/> Paracadutismo / parapendio / deltaplano di rilevanza locale
<input type="checkbox"/> Corse auto / moto su circuito chiuso a rilevanza regionale o nazionale	<input type="checkbox"/> Gara ciclistica di rilevanza regionale o nazionale	<input type="checkbox"/> Paracadutismo / parapendio / deltaplano di rilevanza regionale / nazionale / internazionale
<input type="checkbox"/> Corse su strada di qualsiasi rilevanza	<input type="checkbox"/> Gara di mountain-bike in ambiente impervio	
<input type="checkbox"/> Gara di canottaggio / vela / windsurf di rilevanza locale	<input type="checkbox"/> Manifestazioni a carattere internazionale	
<input type="checkbox"/> Gara di canottaggio / vela / windsurf di rilevanza regionale / nazionale		

Assunzione di responsabilità

In qualità di legale rappresentante dell'azienda o dell'associazione che chiede l'assistenza sanitaria confermo che i dati sopra scritti corrispondono all'effettiva situazione dell'evento e mi impegno a comunicare in forma scritta alla C.R.I. ogni variazione dei dati dichiarati	
Nome e Cognome per esteso	Firma