



**RICHIESTA DI ACCREDITO 47° SAN MARINO RALLY**  
**(da inviare entro lunedì 8 luglio 2019 a [info@massimosalvucci.it](mailto:info@massimosalvucci.it))**  
**Necessario consegnare originale al ritiro dell'accredito**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

res. in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tessera professionale \_\_\_\_\_

In rappresentanza di: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

recapiti telefonici: tel. \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

CHIEDE di essere accreditato in qualità di

<input type="checkbox"/> Giornalista	<input type="checkbox"/> Fotografo	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Addetto Stampa	<input type="checkbox"/> Operatore TV	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Con la presente richiesta dichiara inoltre di sollevare da ogni responsabilità Civile e Penale il Comitato organizzatore, il Direttore di Gara e qualsiasi altra persona nell'ambito della Manifestazione circa danni, o lesioni, in cui potrebbe incorrere, o provocare a terzi, in occasione dello svolgimento della manifestazione di cui sopra. Dichiara inoltre di essere a conoscenza dei pericoli che possono esservi nel contesto della manifestazione automobilistica e nell'assistere al suo svolgimento lungo il percorso di gara e di possedere l'esperienza e la preparazione professionale necessaria a svolgere le proprie funzioni. Si impegna a rispettare gli ordini di sicurezza impartitegli dagli Ufficiali di Gara e dai responsabili dell'organizzazione assumendosi ogni e qualsiasi responsabilità per imprudenza o imperizia propria e dei collaboratori. Dichiara infine di essere informato sulla raccolta dei dati personali ex legge 196/03, ed a tal fine acconsente al trattamento dei miei dati personali e dei miei collaboratori, con piena conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

**Nominativi di collaboratori di cui mi avvalgo per lo svolgimento della professione e di cui mi assumo la responsabilità (max 2 nominativi)**

Qualifica: \_\_\_\_\_

San Marino / / Firma \_\_\_\_\_

**Necessario esibire l'originale del presente modulo con firma originale al momento dell'accredito in Sala Stampa.**

**N.B.: ogni richiesta verrà sottoposta all'organizzatore/responsabile Sala Stampa che valuteranno l'esistenza delle condizioni per il rilascio dell'accredito.**

-----  
**RISERVATO SALA STAMPA**

**TIPO PASS**

**MEDIA**

**FOTOGRAFO/TV**

PASS PERSONALE N. \_\_\_\_\_

PASS AUTO N. \_\_\_\_\_