

N.Progr. _____

DATI ORGANIZZATORE

Cognome–nome richiedente _____

Ragione Sociale _____

TEL. _____

FAX _____

CELL. _____

e-mail _____

DATI FATTURAZIONE ELETTRONICA (obbligatorio)

Intestazione fattura _____

Indirizzo di fatturazione _____

Città _____

Partita IVA _____**Codice fiscale** _____riservato pubbliche
AmministrazioniN. determina
_____N. impegno di spesa

CODICE DESTINATARIO _____

PEC _____

DATI EVENTO

Denominazione evento _____

Indirizzo di svolgimento dell'evento _____

Date _____

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 eventoPubblico 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)

 Feste / Raduni / Concerti Gare podistiche Calcio Air show Motonautica Eventi segnalati a rischio dalle autorità Corse auto / moto su circuito chiuso a
rilevanza locale Gara ciclistica di rilevanza locale o
provinciale Paracadutismo / parapendio / deltaplano di
rilevanza locale Corse auto / moto su circuito chiuso a
rilevanza regionale o nazionale Gara ciclistica di rilevanza regionale o
nazionale Paracadutismo / parapendio / deltaplano di
rilevanza regionale / nazionale / internazionale Corse su strada di qualsiasi rilevanza Gara di mountain-bike in ambiente
impervio Gara di canottaggio / vela / windsurf di
rilevanza locale Manifestazioni a carattere internazionale**Altri enti e organizzazioni coinvolte** Gara di canottaggio / vela / windsurf di
rilevanza regionale / nazionale Medico presente **Protezione Civile** **Vigili del Fuoco**

N. cellulare _____

 Forze dell'ordine**DESCRIZIONE MANIFESTAZIONE** (segnalare le vie di fuga, posizionamento mezzi soccorso + all. piantina)**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 _____