



COPPA RALLY ACI SPORT 4° ZONA

PRO-MEMORIA ISCRIZIONE E DATI FATTURAZIONE

RISERVATO ALL'ORGANIZZAZIONE

Protocollo	Data di arrivo	Gr.	Cl.	N.
------------	----------------	-----	-----	----

SCUDERIA	Licenza n.	Nominativo
-----------------	------------	------------

CONCORRENTE	Licenza n.	E-mail	Cell.
Cognome	Nome	Data nascita	
Indirizzo	Cap	Città/Prov	

1° CONDUTTORE	Licenza n.	E-mail	Cell.
Cognome	Nome	Data nascita	
Indirizzo	Cap	Città/Prov	

2° CONDUTTORE	Licenza n.	E-mail	Cell.
Cognome	Nome	Data nascita	
Indirizzo	Cap	Città/Prov	

VETTURA	Passaporto n.	Gruppo	Classe
Marca	Modello	c.c.	

ASSISTENZA	SQUADRA DI ASSISTENZA: obbligatoria per assegnazione spazi	Licenza: Preparatore/Noleggiatore n.
Spazio Assistenza, richiesta Mq:	Se necessita vicino a	

EVENTUALE ISTRUTTORE A BORDO DURANTE LE RICOGNIZIONI	Licenza n.	E-mail	Cell.
Cognome	Nome	Data nascita	
Indirizzo	Città/Prov		

VETTURA USATA NELLE RICOGNIZIONI (da comunicare prima dell'inizio delle ricognizioni)	Marca	Modello	targa
--	-------	---------	-------

SHAKE DOWN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

Il sottoscritto concorrente dichiara per sé e per i propri Conduuttori di conoscere il Codice Sportivo Internazionale, il Regolamento Nazionale (le sue Norme Supplementari) e il regolamento particolare di gara, di accettarli senza riserve e di uniformarsi a tutte le prescrizioni in essi contenute. Si impegna a prendere conoscenza, durante le ricognizioni, del percorso di gara e degli ostacoli in esso ubicati per tenere in gara una condotta di guida adeguata all'insidiosità del percorso stesso. In relazione ai rapporti relativi alla partecipazione alla gara di cui trattasi, i sottoscritti concorrente e conduuttori prendono atto che i dati personali contenuti nella presente domanda d'iscrizione saranno trattati per il perseguimento delle finalità della gara. Si autorizza pertanto l'Organizzatore, ai sensi della Legge 675/96, a trattare, comunicare e diffondere tali dati, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 13 della legge richiamata.

DATI FATTURAZIONE

<input type="checkbox"/> AZIENDA (P.I.):	<input type="checkbox"/> PRIVATO (C.F.):	
Azienda o Cognome/Nome		
Indirizzo	Cap	Città/Prov
indicare mail:	SDI	ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO