

MEMORIA PRUEBA CICLISTA GOBIERNO DE ARAGÓN

1.- NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

DENOMINACIÓN DE LA PRUEBA: _____

CATEGORÍAS: _____

FECHAS DE CELEBRACIÓN: _____

CLASE DE PRUEBA SEGÚN NORMATIVA DEPORTIVA _____

TIPO DE PRUEBA SEGÚN ANEXO II - BOE 306/23 dic. 2003 _____

ENTIDAD ORGANIZADORA: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y PROVINCIA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO Y HORARIO: _____

2.- IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE ORGANIZACIÓN

DIRECTOR EJECUTIVO (nombre y apellidos, adjuntando copia del DNI y permiso de conducción en vigor):

RESPONSABLE DE SEGURIDAD VIAL (nombre y apellidos, adjuntando permiso de conducción en vigor):

TELÉFONO CONTACTO DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD VIAL DURANTE LA CELEBRACIÓN DE LA PRUEBA: _____

RELACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR HABILITADO (nombre y apellidos, adjuntando permiso de conducción en vigor):

*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____
*	_____	DNI.-	_____

3.- NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES PREVISTOS: _____

4.- MEDIDAS DE SEÑALIZACIÓN DE LA PRUEBA Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD PREVISTOS

* _____
* _____
* _____
* _____
* _____
* _____

5.- JUSTIFICANTE DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE R.C. Y ACCIDENTES

SEGURO DE R.C., suscrito al seguro de la Federación Aragonesa de Ciclismo - AXA Nº 8733-82495919

SEGURO DE ACCIDENTES, suscrito al seguro de la Federación Aragonesa de Ciclismo - FIATC Nº Póliza 57/85

6.- COBERTURA SANITARIA DE LA PRUEBA (Mínimo de un médico + ambulancia) - Art. 10 del Anexo II DGT

EMPRESA CONTRATADA: _____

Nº DE AMBULANCIAS: _____ Nº DE MÉDICOS: _____ Nº DE ATS: _____

D. _____, como Presidente y/o Director Ejecutivo de la entidad, se compromete a organizar la actividad de referencia cumpliendo fielmente las presentes normas e instrucciones, siendo conocedor de la reglamentación vigente y sabedor de las posibles sanciones por el incumplimiento total o parcial de lo anteriormente indicado.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____
(Firma y sello de la entidad)