

Numero gara: _____	Categoria: Open Girone: ____
Squadra ospitante: _____	Squadra ospite: _____
Gara del giorno: __/__/__	alle ore: __:__
Località: _____	Colore maglia: _____
Orario consegna distinta:	Risultato gara: /

[illegible]

Ruolo squadra	Cognome e nome	Data nascita	Tesserà CSI 2026/27		Documento d'identità	
					Tipo	Nº
Assistente						
Dirigente Accompagnatore						
Allenatore						
Aiuto Allenatore						
Massaggiatore						

Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento CSI, in caso di squadra ospitante o prima nominata in calendario dichiara inoltre che è presente il defibrillatore all'interno dell'impianto ed è presente il responsabile addetto al defibrillatore indicato in calce, o, in alternativa, che è presente una ambulanza con defibrillatore e un operatore sanitario idoneo all'uso del defibrillatore; ed è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e successive modifiche.

Firma Dell'Arbitro

Firma Del Capitano O Del Dirigente Accompagnatore

L'elenco deve essere consegnato all'arbitro 15 minuti prima dell'inizio della gara, unitamente alla documentazione prevista.

Autocertificazione dell'addetto all'utilizzo del defibrillatore (art. 45 e 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445) Da compilare da parte della sola squadra ospitante o prima nominata

Io/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità di essere persona formata all'utilizzo del DAE e di essere in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di defibrillatori e loro utilizzo.

Data	/	/	Firma
------	---	---	-------