POLISPORTIVE
GIOVANILI
SALESIANE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DI PROMOZIONE SPORTIVA

COMITATO PROVINCIALE DI VARESE
Piazza Libertà 9 – 21100 VARESE – Tel. 0332235123

ELENCO ATLETI

DATA _____ *LUOGO* _____ *SOCIETA'*_____

CAMPIONATO: _____ **CATEGORIA:** _____ **N° GARA:** _____

N°	Cap.	Cognome e Nome	Data nascita	N° tessera
Allenatore:				
Vice allenatore:				
Dir. Accompagnatore:				
Medico:				
Masso-fisioterapista:				

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

Il/la sottoscritto/a _____ con attestato numero _____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 dal DAE e di essere in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di defibrillatori e loro utilizzo.

Data ___/___/_____ Firma _____

Firme:

Capitano _____

Dirigente Accompagnatore _____

1°SET	**2°SET**	**3°SET**	**4°SET**	**5°SET**