



# Centro Sportivo Italiano Distinta Giocatori Calcio a 7

Comitato CSI di FORLÌ'

## TORNEO DI CALCIO A 7 3 TRAINING CUP 2019

SOCIETA' SPORTIVA .....

Sq. 1^ nominata: \_\_\_\_\_ Sq. 2^ nominata: \_\_\_\_\_

Gara del giorno: \_\_/\_\_/\_\_

n.	N.M.	Cognome e nome	Data nascita	CAP	Tessera CSI 2019/2020 Documento riconoscimento	
				V.CAP		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Ruolo squadra	Cognome e nome	Tessera CSI 2019/2020	
Dirigente Responsabile (Firma la Distinta)			
Dirigente Accompagnatore			
Allenatore			

Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento CSI, in caso di squadra ospitante 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 Dirigente Responsabile

LA DISTINTA DI GIOCO DEVE ESSERE COMPILATA **IN DUPLICE COPIA** IN OGNI SUA SINGOLA PARTE E CONSEGNATA ALL'ARBITRO ALMENO 15' PRIMA DELL'INIZIO, UNITAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

Da compilare a cura responsabile Comitato Organizzatore:

**Autocertificazione dell'addetto all'utilizzo del defibrillatore** (art. 45 e 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Io/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_