

DISTINTA GIOCATORI CALCIO A 5

CAMPIONATO REGIONALE - EMILIAROMAGNA

SOCIETÀ _____ **Categoria :** _____

DATA _____ **GARA** _____ - _____

	N° maglia	COGNOME NOME	Anno di nascita	N° tessera CSI	Tipo e n° documento identità	G	A	R
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

(L'ELENCO VA PRESENTATO ALL'ARBITRO IN TRIPLICE COPIA)

DIRIGENTI

Ruolo squadra	Cognome e nome	Tessera CSI 2018/19	Documento d'identità		R
			Tipo	№	
Assistente					
Dirigente Accompagnatore					
Allenatore					
Medico					

FIRMA DEL CAPITANO

FIRMA DEL DIRIGENTE/ALLENATORE

Firma dell'arbitro della gara : _____ (leggibile)

Da compilare da parte della sola squadra ospitante:

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 _____