## **DISTINTA GARA CAMPIONATO PROVINCIALE AMATORIALE CALCIO FEMMINILE MSP NAPOLI**

**SOCIETÀ/SQUADRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OSPITANTE\_\_\_\_\_OSPITE\_\_\_\_\_COLORE MAGLIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CATEGORIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAMPO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOCALITÀ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**  | **N. RUOLO** | **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **TESSERA MSP** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **DIRIGENTE** |  |  |  |
| **ALLENATORE** |  |  |  |
| **Elencati minimo 11 giocatori, i titolari devono essere scritti nei primi 7 spazi dell’elenco** |
| **Firma dirigente/allenatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’arbitro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

## **Consegnare all’arbitro 15 minuti prima dell’inizio partita**

|  |
| --- |
|  **Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento MSP e certificazione medica. In caso di squadra ospitante dichiara altresì che all’interno dell’impianto è presente il defibrillatore e l’addetto al suo utilizzo indicato in calce. 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 dirigente/allenatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’arbitro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| **Da compilare da parte della sola squadra ospitante:****Autocertificazione 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’arbitro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**