



Numero gara: _____	Categoria: <b>Open</b> Girone: _____
Squadra ospitante: <b>TC Pavia</b>	Squadra ospite: <b>Real Olona</b>
Gara del giorno: <b>21/04/2018</b>	alle ore: <b>15.00</b>
Località: <b>Valle Salimbene</b>	Colore maglia: _____
Orario consegna distinta:	Risultato gara: _____ / _____

No	Assente	Riserva	Cognome e nome	Data nascita	Cap	Tessera CSI 2017/18	Documento d'identità	
					V.Can		Tipo	No
			<b>Martinetti Massimiliano</b>	14/04/1966				
			<b>Perrone Pietro</b>	02/06/1992				
			<b>Conca Federico</b>	17/01/1991				
			<b>Littero Antonio Francesco</b>	04/10/1987				
			<b>Pisati Fabio</b>	11/04/1989				
			<b>Travaini Cesare</b>	09/11/1987				
			<b>Castelli Alberto</b>	31/05/1984				
			<b>Giubilo Ivan</b>	29/10/1982				
			<b>Quattrocolo Gianmaria</b>	06/09/1974				
			<b>Lardera Riccardo</b>	03/06/1993				
			<b>Caruso Alessandro</b>	28/06/1990				
			<b>Negri Antonio Mario</b>	06/07/1961				
			<b>Rampulla Alessandro</b>	03/08/1971				
			<b>Malinverni Matteo</b>	24/12/1991				
			<b>Ravizza Giulio Maria</b>	10/10/1992				
			<b>Lardera Marco</b>	12/07/1987				
			<b>Mazzocchi Andrea</b>	02/03/1996				
			<b>Rampulla Paolo</b>	07/07/1972				
			<b>Sangiorgio Matteo</b>	26/09/1986				

Ruolo squadra	Cognome e nome	
Assistente al Direttore di Gara	<b>Quartiroli Luca</b>	0:
Dirigente Accompagnatore	<b>Laboranti Marco</b>	0:
Dirigente	<b>Bianchi Luigi</b>	0:
Allenatore	<b>Di Santi Carmine</b>	0:
Aiuto Allenatore		
Massaggiatore		
Medico		
Addetto Defibrillatore		

Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare provvedimento agli adempimenti prescritti dalle norme vigenti in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva e che la squadra ospitante o prima nominata in calendario dichiara inoltre che è presente il defibrillatore all'interno dell'impianto di calcio, 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

Possono essere indicati fino a 20 giocatori con 5 sostituzioni effettive.

**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 \_\_\_\_\_