



Numero gara: _____	Categoria: <b>Open</b> Girone: <b>A</b>
Squadra ospitante: <b>TC Pavia</b>	Squadra ospite: <b>ENI</b>
Gara del giorno: <b>02/03/2019</b>	alle ore: <b>15:00</b>
Località: <b>Cassinetto</b>	Colore maglia: _____
Orario consegna distinta:	Risultato gara: /

No	Assente	Riserva	Cognome e nome	Data nascita	Cap V.Cap	Tessera CSI 2018/19	Documento d'identità	
							Tipo	No
			<b>Negri Antonio Mario</b>					
			<b>Malinverni Matteo</b>					
			<b>Mazzocchi Andrea</b>					
			<b>Battiglia Ruggero Edoardo</b>					
			<b>Perrone Pietro</b>					
			<b>Rampulla Paolo</b>					
			<b>Travaini Cesare</b>					
			<b>Vecchio Edoardo</b>					
			<b>Caruso Alessandro</b>					
			<b>Pisati Fabio</b>					
			<b>Lardera Riccardo</b>					
			<b>Navoni Franco</b>					
			<b>Ravizza Giulio Maria</b>					
			<b>Rampulla Alberto</b>					
			<b>Quattrocchio Gianmaria</b>					
			<b>Rampulla Alessandro</b>					
			<b>Lardera Marco</b>					

Ruolo squadra	Cognome e nome	Tessera CSI 2018/19	Documento d'identità	
			Tipo	No
Assistente al Direttore di Gara	<b>Quartiroli Luca</b>			
Dirigente Accompagnatore	<b>Mauri Roberto</b>			
Dirigente	<b>Laboranti Marco</b>			
Allenatore	<b>Di Santi Carmine</b>			
Aiuto Allenatore	<b>Ferrato Stefano</b>			
Massaggiatore				
Medico				
Addetto Defibrillatore				

Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento CSI, in caso di squadra ospitante o prima nominata in calendario 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 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 \_\_\_\_\_