



Numero gara: _____	Categoria: Open Girone: A
Squadra ospitante: Ghiaie Calcio	Squadra ospite: TC Pavia
Gara del giorno: 09/03/2019	alle ore: 15:00
Località: Ghiaie di Corana	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
			Negri Antonio Mario					
			Malinverni Matteo					
			Mazzocchi Andrea					
			Ravizza Giulio Maria					
			Rampulla Alberto					
			Rampulla Paolo					
			Travaini Cesare					
			Suppa Riccardo					
			Caruso Alessandro					
			Pisati Fabio					
			Lardera Riccardo					
			Giubilo Ivan					
			Quattrocolo Gianmaria					
			Rampulla Alessandro					

Ruolo squadra	Cognome e nome	Tessera CSI 2018/19	Documento d'identità	
			Tipo	No
Assistente al Direttore di Gara	Radici Franco			
Dirigente Accompagnatore	Mauri Roberto			
Dirigente	Laboranti Marco			
Allenatore	Di Santi Carmine			
Aiuto Allenatore	Lupo Pasquale			
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 _____