



Sede: Corso Mazzini - Stadio Comunale  
84013 CAVA DE' TIRRENI (SA)  
Tel e FAX: **089.461602** - Cod. Fisc. 95000110650  
sito: **www.csicava.it** - e-mail: **info@csicava.it**



## DISTINTA PALLAVOLO

SOCIETÀ \_\_\_\_\_

Gara N° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Campo \_\_\_\_\_

	N°	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	N° TESSERA CSI	TIPO E N° DOC. D'IDENTITÀ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
L 1					
L 2					

### DIRIGENTI

RUOLO	COGNOME E NOME	N° TESSERA CSI	TIPO E N° DOC. IDENTITÀ
Allenatore			
Assist-Allenatore			
Dirigente			

Massimo 3 persone accreditate.

Il sottoscritto Dirigente responsabile/accompagnatore dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento CSI, in caso di squadra ospitante 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 DEL CAPITANO

FIRMA DEL DIRIGENTE/ALLENATORE

LA DISTINTA DI GIOCO DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA SINGOLA PARTE E CONSEGNATA ALL'ARBITRO ALMENO 30' PRIMA DELL'INIZIO GARA, UNITAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

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 \_\_\_\_\_ N° Attestato \_\_\_\_\_