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 DI GIOCO CALCIO

Numero gara: _____ Categoria: _____ Girone: ____

Squadra ospitante: _____ Squadra ospite: _____

Gara del giorno: ___/___/___ alle ore: ___:___

Località: _____ Colore maglia: _____

Orario consegna distinta:

№	Assente	Cognome e nome	Data nascita	CAP / V.CAP	Tessera CSI 2017/18	

Ruolo squadra	Cognome e nome	Tessera CSI 2017/18	
Assistente			
Dirigente Responsabile (Firma la Distinta)			
Dirigente Accompagnatore			
Allenatore			

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 sanitatio idoneo all'uso del defribillatore; 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 e Del Dirigente Responsabile

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 _____