|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Centro Sportivo Italiano**Comitato CSI di **FORLI’**  |  **Distinta Giocatori Calcio a 5****Campionato Interprovinciale** **Calcio a 5 Femminile** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Squadra ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Squadra ospite:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Gara del giorno: **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |
| n. | **N.M.** | **Cognome e nome** | **Data nascita** | **CAP** | **Tessera CSI 2024/25****Documento riconoscimento** |
| **V.CAP** |
| **1** |   |  |  |   |  |  |
| **2** |   |  |  |   |  |  |
| **3** |   |  |  |   |  |  |
| **4** |   |  |  |   |  |  |
| **5** |   |  |  |   |  |  |
| **6** |   |  |  |   |  |  |
| **7** |   |  |  |   |  |  |
| **8** |   |  |  |   |  |  |
| **9** |   |  |  |   |  |  |
| **10** |   |  |  |   |  |  |
| **11** |   |  |  |   |  |  |
| **12** |   |  |  |   |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ruolo squadra** | **Cognome e nome** | **Tessera CSI 2024/25** |
|
| 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 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 Dirigente Responsabile |

LA DISTINTA DI GIOCO DEVE ESSERE COMPILATA **IN DUPLICE COPIA** IN OGNI SUA SINGOLA PARTE E CONSEGNATA ALL'ARBITRO ALMENO 15' PRIMA DELL'INIZIO, UNITAMENTE ALLA DOCUMENTAZZIONE 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |