





# Centro Sportivo Italiano

Comitato CSI di Cuneo - AS 2021/2022

**DISTINTA GIOCATORI - Campionato ALLIEVI**



| ruolo      | cognome - nome            | data nascita | tessera csi |
|------------|---------------------------|--------------|-------------|
| Allenatore | <b>Bolgioni Tommaso</b>   | 06/10/1987   | 01205010    |
| Allenatore | <b>Sappa Gianluca</b>     | 31/08/1985   | 01203695    |
| Allenatore | <b>Pecchenino Matteo</b>  | 26/04/1979   | 01205444    |
| Allenatore | <b>Alberione Danilo</b>   | 05/10/1973   | 01203690    |
| Allenatore | <b>Giachello Filippo</b>  | 29/10/1996   | 01205443    |
| Allenatore | <b>Schellino Gabriele</b> | 09/04/1972   | 01203696    |
| Allenatore | <b>Schellino Giacomo</b>  | 23/11/2002   | 01205012    |

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 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 e/o Del Capitano

Da compilare da parte della sola squadra ospitante o prima nominata:

**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 \_\_\_\_\_

La società dichiara di avere tutti i contatti ( potestà genitoriale in caso di minori) del gruppo team per eventuale tracciabilità. Il referente per il servizio Sappa Gianluca (presidente PF) 334.1189500