



Centro Sportivo Italiano

Comitato CSI di Cuneo - AS 2021/2022

DISTINTA GIOCATORI - Campionato UNDER12



PF PINK

Gara: _____

Data/Ora _____

Località: _____ Colore maglia _____

Nº	Cognome e nome	Data nascita	Tessera CSI 2021/2022
57	Demichelis Matilde	06/08/2009	1204132
40	Zavattero Bottero Anthea	15/07/2009	1204156
	Marashi Amenda	17/12/2009	1205333
33	Munoz Magana Alice	22/08/2010	1205480
57	Borgese Giorgia	12/08/2010	1204130
81	Cagnassi Ada	13/09/2010	1205437
5	Drocco Susanna	12/03/2010	1204536
11	Bertaina Melissa	12/10/2011	1204527
6	Giordano Lucia	18/07/2011	1204538
12	Mancardi Alice	26/05/2011	
8	Spingola Matilde	24/06/2011	1205013
14	Alberione Emma	01/07/2011	1204526
89	Omodeo Zorini Flora	02/09/2013	1204546

ruolo	cognome - nome	data nascita	tessera csi
Allenatore	Bolgioni Tommaso	6/10/1987	01205010
Allenatore	Sappa Gianluca	31/08/1985	01203695
Allenatore	Alberione Danilo	05/10/1973	01203690
Allenatore	Giachello Filippo	29/10/1996	01205443
Allenatore	Schellino Gabriele	09/04/1972	01203696
Allenatore	Schellino Giacomo	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