FEDERAZIONE ITALIANA PALLAPUGNO - FIPAP

DISTINTA GIOCATORI DELLA SQUADRA

DISCIPLINA SPORTIVA ASSOCIATA RICONOSCIUTA DAL **CONI**

SPECIALITA':	**TIPO DI COMPETIZIONE:**
SERIE:	**GIRONE:**
SQUADRA OSPITANTE:	**SQUADRA OSPITE:**
GARA N°:	**DATA E ORARIO:**
LOCALITA':	**COLORE MAGLIA:**

NUMERO MAGLIA	COGNOME E NOME	CAP.	DATA DI NASCITA	N. TESSERA FIPAP	PUNTEGGIO (SENIOR)	FUORI QUOTA (GIOVANILI)
				TOT. PUNTI		

SOLO PER SERIE A: LA SQUADRA SOPRA NOMINATA ESERCITA L'AZIONE DI BATTUTA DAI MT. _____

RUOLO ACCOMPAGNATORI	COGNOME E NOME	N. TESSERA FIPAP
DIRIGENTE ACCOMPAGNATORE		
TECNICO		
ADDETTO AL CAMPO		
ADDETTO AI PALLONI		
t9w{hb![9{!b¢!wlh		

Il sottoscritto Dirigente responsabile/capitano dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento FIPAP: il sottoscritto 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)

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____residente a _____

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 (**N. TESSERA** _____) e di essere in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di defibrillatori e loro utilizzo.

Data _____ Firma _____