

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA MEDICA

Il sottoscritto Dott. _____ residente a _____

dichiara la propria e completa disponibilità ad assistere allo svolgimento della manifestazione di Atletica Leggera odierna denominata

_____ per tutta la durata della stessa (fino a 30' dopo la sua conclusione), in qualità di Medico di Servizio, la cui tessera è OPDM FISM CRI

N° _____ di _____

Località e data _____

Firma leggibile del Medico

DICHIARAZIONE PRESENZA DEFIBRILLATORE

Il sottoscritto _____ residente a _____

nella sua qualifica di _____

Organizzatore della manifestazione di Atletica Leggera denominata

_____ del _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità, che presso l'impianto sportivo sede della

manifestazione suddetta e denominato _____

è presente un defibrillatore regolarmente funzionante e con il relativo personale debitamente formato.

Località e data _____

Firma leggibile dell'Organizzatore
