



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAPUGNO - FIPAP
DISTINTA GIOCATORI DELLA SQUADRA



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

| NUMERO DIVISA | 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 | | |
| PERSONALE MEDICO | | |
| RUOLO ACCOMPAGNATORI | COGNOME E NOME | N. TESSERA FIPAP O N. CARTA D'IDENTITA' |
| ADDETTO AL CAMPO | | |
| ADDETTO AI PALLONI | | |
| PORTACACCE | | |

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 l'incontro
Autocertificazione presenza DAE - Defibrillatore Semiautomatico Esterno

Il/la sottoscritto/a _____ nella sua qualità di _____

DICHIARA che nell'impianto ospitante l'incontro di cui alla presente distinta gara è presente un Defibrillatore Semiautomatico Esterno, omologato ed attivo.

Data _____

Firma _____

Da compilare da parte della sola squadra ospitante
Autocertificazione dell'addetto all'utilizzo del DAE - Defibrillatore Semiautomatico Esterno (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 _____