



**FEDERAZIONE ITALIANA PALLAPUGNO - FIPAP**  
***DISTINTA GIOCATORI DELLA SQUADRA***



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

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 \_\_\_\_\_