

DICHIARAZIONE DAE

ai sensi del decreto del Ministero della salute del 26 giugno 2017
(G.U. serie generale n. 149 del 28 giugno 2017)

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a il.....
e residente a.....
in via.....
tessera FIT n. nella sua veste di***.....
dell'affiliato

per le gare COPPA ANDREA PAROLA 2019 disputate in

consapevole delle responsabilità civili, penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

*** Specificare: nella qualità di **presidente della società ospitante** (indicare la società sportiva ospitante) oppure di **delegato del presidente della società sportiva ospitante all'uopo incaricato** (indicare la società sportiva ospitante).

dichiara

che durante le gare, all'interno dell'impianto sportivo:

- 1) sarà presente un defibrillatore semiautomatico (DAE) o a tecnologia più avanzata regolarmente mantenuto e funzionante;
- 2) sarà presente persona debitamente formata all'utilizzo del dispositivo, di cui assicura la presenza per tutta la durata delle gare.

Data

Firma