

da allegare al Referto Arbitrale

**Dichiarazione del Medico: presenza e piena funzionalità di Defibrillatore in sede di Gara**

Il sottoscritto .....

(nome e cognome)

nato a ..... il .....

tesserato FIR n. ....

non tesserato FIR - documento di riconoscimento .....

**D I C H I A R A**

- che nell'Impianto sportivo di svolgimento della gara:

.....

- il Defibrillatore **è presente** così come previsto e disposto dal Decreto Ministeriale del 26/6/2017;

- che tale Defibrillatore è **perfettamente funzionante**.

*In fede*

.....

(luogo e data)

.....

(firma del medico)

.....

(firma altro addetto al defibrillatore)