



UFFICIO TECNICO

MODELLO DICHIARAZIONE DOTAZIONE E UTILIZZO DEFIBRILLATORE

STAGIONE SPORTIVA 2024-2025

(In ottemperanza al Decreto Ministeriale del 26/06/2017)

DA ALLEGARE AL REFERTO ARBITRALE

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

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

tesserato FIR n. _____

non tesserato FIR - documento di riconoscimento _____

DICHIARA

- che nell'Impianto sportivo di svolgimento della gara:

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

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

_____, li, _____

(luogo e data)

(firma del medico)

(firma altro addetto al defibrillatore)