

**MODULO PER SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO**

**LA SOCIETA'**

**CODICE FIP**

**IMPIANTO DENOMINATO**

**INDIRIZZO E CITTA'**

Con la presente si DICHIARA che:

- E' presente presso il proprio campo di gara un defibrillatore pronto all'uso;
- E' presente durante la gara uno dei seguenti addetti all'utilizzo del defibrillatore:

- |        |      |         |                 |
|--------|------|---------|-----------------|
| 1.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 2.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 3.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 4.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 5.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 6.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 7.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 8.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 9.     | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |
| 10.    | NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA |
| _____; |      |         |                 |

LUOGO E DATA

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

La eventuale indisponibilità del defibrillatore, il suo malfunzionamento e/o la presenza di alcuni componenti scaduti, la mancanza dell'operatore, del medico di servizio o il loro allontanamento anche momentaneo o comunque altre violazioni contrastando con i principi ispiratori della detta normativa, attribuiranno alla società ospitante oltre alle previste sanzioni sportive, ogni responsabilità penale e civile per quanto di ragione, in caso di incidente con conseguenze sulla incolumità fisica delle persone coinvolte.

Ogni società ospitante, assumendosi la piena ed esclusiva responsabilità per ogni evento lesivo manleverà espressamente la Federazione Italiana Pallacanestro e pertanto nessun addebito diretto o indiretto potrà essere attribuito a quest'ultima.

#### FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

#### **NOTA per gli Arbitri**

Gli Arbitri devono accertare quanto dichiarato nel presente Modulo e controllare i documenti di identità delle persone elencate e ove necessario il documento di appartenenza alla categoria (tesserino Ordine dei Medici, certificato di abilitazione all'utilizzo del defibrillatore, ecc.) e la presenza dell'ambulanza e del defibrillatore ove dichiarato e necessaria.

L'arbitro dovrà allegare il modulo agli atti della gara esclusivamente in caso di impiego del defibrillatore in occasione della gara.

Trattamento dati personali: i dati anagrafici contenuti nel presente documento non possono essere considerati dati sensibili. Sono trattati con supporti informatici e cartacei idonei a garantirne la riservatezza. I dati potranno essere comunicati all'esterno solo per finalità attinenti il miglior espletamento delle funzioni ed al fine di favorire i contatti necessari per lo svolgimento dell'attività promossa dalla FIP.