



N. PRATICA _____

STAGIONE SPORTIVA 2018-2019

DICHIARAZIONE POSSESSO DEFIBRILLATORE

Società

DENOMINAZIONE SOCIALE	MATRICOLA

DICHIARA

che presso l'impianto sportivo è disponibile un Defibrillatore

Dati tecnici Defibrillatore

MARCA	SERIALE	DATA ULTIMA REVISIONE

e che presso la società sono in possesso della qualifica di "ESECUTORE BLS D" con abilitazione all'uso dell'apparecchio defibrillatore semiautomatico i signori:

Dati esecutori BLS D

COGNOME	NOME	DATA SCADENZA QUALIFICA BLS D

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - In relazione alla protezione dei propri dati personali, i firmatari dichiarano di essere stati adeguatamente informati da F.I.G.C. circa le finalità e le modalità del trattamento dei dati qui indicati secondo quanto previsto nelle informative ricevute e sempre consultabili nella sezione dedicata del sito web istituzionale di F.I.G.C. www.figc.it.

LUOGO	DATA	TIMBRO DELLA SOCIETÀ	FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ