LISTA REFERENTI / ESECUTORI BLS-D o PBLS-D s.s. 2017/2018

|  |
| --- |
| SOCIETA’: |

Il presidente/legale rappresentante sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità:

* di assicurare la presenza di almeno un esecutore BLS-D o PBLS-D fra quelli indicati nella lista sottostante durante lo svolgimento dell’attività sportiva e motoria organizzata dalla propria società, che ha inizio con l’accesso degli utenti all’interno dell’impianto sportivo ed ha termine con la loro uscita dall’impianto stesso.
* di assicurare che uno dei referenti indicati nella lista sottostante verificherà regolarmente l’operatività del defibrillatore, prima dell’inizio della propria attività sportiva o motorio-ricreativa giornaliera.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Data scadenza attestato**  **BLS-D o PBLS-D** | **Attestato rilasciato da** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

data Il presidente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_