

La società ospitante dichiara : Presenza Defibrillatore
 Funzionamento Defibrillatore
 Presenza Operatore Addetto all'uso del Defibrillatore

COGNOME : _____ NOME: _____

SCADENZA TESSERINO BLS D ABILITANTE: _____

Firma Dirigente Accompagnatore

Firma Arbitro
