



CAMPIONATI NAZIONALI 2021
FASE 1

MODULO B1 - squadra ospitante

GARA N°: _____ DATA: ____-____-____ ORA: ____:____

GARA: _____ n° _____

NOME SQUADRA: _____

N°	COGNOME - NOME	RUOLO	N. TESS.	FIRMA
1		ATLETA		
2		ATLETA		
3		ATLETA		
4		ATLETA		
5		ATLETA		
6		ATLETA		
7		ATLETA		
8		ATLETA		
9		ATLETA		
10		ATLETA		
11		ATLETA		
12		ATLETA		
13		ATLETA		
14		ATLETA		
15		1° ALLENATORE		
16		2° ALLENATORE		
17		1° DIRIGENTE		
18		Medico Sportivo*		
19		Fisioterapista*		
20		Addetto Sanificazione*		
21		Add. riprese audio/video*		
22		ADDETTO DEFIBRILLATORE*		
23		REFERTISTA*		
24		Add. Tabellone Segna Punti*		
25		DIRIGENTE Responsabile*		

* Devono essere tesserati Uisp. Per il Medico e Fisioterapista occorre presentare Tesserino dell'ordine o Attestato Professionale.

CONTATTO Dirigente Responsabile - Cell: _____ Mail: _____

Il Sottoscritto _____, in qualità di dirigente Responsabile della Associazione _____

Dichiara che tutti i presenti indicati in elenco hanno consegnato l'Autodichiarazione Covid-19 firmata e sono in regola con le norme covid di partecipazione

In Fede