



**FEDERAZIONE ITALIANA
PALLA TAMBURELLO**



ELENCO GIOCATORI E DIRIGENTI AUTORIZZATI IN CAMPO

SQUADRA: _____

Specialità: _____	Campionato: _____
Squadra Ospitante: _____	Squadra Ospite: _____
Data ed orario: _____	Campo: _____

n.	Giocatori (Nome e Cognome)	Tit/ Pan	Tessera n°	Ruolo	Punteggio (solo Serie A)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

TOTALE PUNTI:	Titolari	Panchina

Dirigenti ed Accompagnatori	Tessera n°
Direttore tecnico: _____	
Dirigente Accompagnatore: _____	
Add. Cambio tamb. Ovale: _____	
Guardalinee: _____	
Personale Medico: _____	

Il sottoscritto Dirigente responsabile dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento FIPT e con certificato medico valido

FIRMA DELL'ARBITRO

FIRMA DEL DIRINGENTE REPONSABILE

Da compilare da parte della sola squadra ospitante

Autocertificazione dell'addetto all'utilizzo del **defibrillatori** (art. 45 e 46 del DPR 28 dicembre n. 455)

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____
nato/a il _____ a _____ residente a _____
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di informazione o uso di atti falsi dichiara sotto la propria responsabilità di essere persona formata all'utilizzo del DAE (Tessera n. _____) e di essere in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di defibrillatori e loro utilizzo.

Data _____ Firma _____



**FEDERAZIONE ITALIANA
PALLA TAMBURELLO**



ELENCO GIOCATORI E DIRIGENTI AUTORIZZATI IN CAMPO

SQUADRA: _____

Specialità: _____	Campionato: _____
Squadra Ospitante: _____	Squadra Ospite: _____
Data ed orario: _____	Campo: _____

n.	Giocatori (Nome e Cognome)	T/P	Tessera n°	Ruolo	Punteggio (solo Serie A)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

TOTALE PUNTI:	Titolari	Panchina

Dirigenti ed Accompagnatori	Tessera n°
Direttore tecnico: _____	
Dirigente Accompagnatore: _____	
Add. Cambio tamb. Ovale: _____	
Guardalinee: _____	
Personale Medico: _____	

Il sottoscritto Dirigente responsabile dichiara che gli atleti sopra elencati sono in possesso di regolare tesseramento FIPT e con certificato medico valido

FIRMA DELL'ARBITRO

FIRMA DEL DIRINGENTE REPONSABILE

Da compilare da parte della sola squadra ospitante

Autocertificazione dell'addetto all'utilizzo del **defibrillatori** (art. 45 e 46 del DPR 28 dicembre n. 455)

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____
nato/a il _____ a _____ residente a _____
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di informazione o uso di atti falsi dichiara sotto la propria responsabilità di essere persona formata all'utilizzo del DAE (Tessera n. _____) e di essere in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di defibrillatori e loro utilizzo.

Data _____ Firma _____