

# DICHIARAZIONE DAE

ai sensi del decreto del Ministero della salute del 26 giugno 2017

(G.U. serie generale n.149 del 28 giugno 2017)

Il/la sottoscritto/a ..... **COVELLI DAMIANO** .....

nato/a a ..... **CASTROVILLARI (CS)** ..... il ..... **01/07/1962** .....

e residente a ..... **CASTROVILLARI (CS)** .....

in via ..... **Terranova da Sibari , snc** ..... tessera FIT n. .... **5525452836** .....

nella sua veste di <sup>(1)</sup> ... **PRESIDENTE** ... dell'affiliato ... **A.S.D. QUEEN'S POLLINO CASTROVILLARI TC** .....

per le gare <sup>(2)</sup> ... **Campionato a squadre Serie D1 tra Queen's Pollino Castrovillari TC e TC RENDE del ... 19-05-2019** .....

**consapevole delle responsabilità civili, penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,**

## dichiara

di aver accertato, prima dell'inizio delle gare, che all'interno dell'impianto sportivo :

- 1) è presente un defibrillatore semiautomatico (DAE) o a tecnologia più avanzata regolarmente mantenuto e funzionante;
- 2) è presente persona debitamente formata all'utilizzo del dispositivo, di cui assicura la presenza per tutta la durata delle gare.

**Data**

**19-05-2019**

**Firma**



---

(1) Specificare :

Nella qualità di presidente della società ospitante (indicare la società sportiva ospitante).

Oppure di delegato del presidente della società sportiva ospitante all'uopo incaricato (indicare la società sportiva ospitante).

(2) Specificare la gara :

- gara a squadre ..... ( es. Campionato degli affiliati maschili di serie D4 tra ..... - ..... )
- torneo individuale ..... (es. IV Coppa di 1° categoria).