****

**Gent./le Presidente**

 **ASD Nazionale Medici Calcio**

**S e d e: Via Maresca 29 Torre Annunziata (Na)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI RESPONSABILITA’**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **C.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di Presidente/Responsabile della squadra**

**“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**

**conferma, formalmente, la partecipazione alla fase finale della XVI COPPIA ITALIA NAZIONALE MEDICI CALCIO che si disputera’ a BOSCOREALE DAL 27 AL 29 SETTEMBRE 2019**

**DICHIARA**

**di essere a conoscenza della necessità di sottoscrivere una polizza individuale BASE-SPORT infortuni con l’ACSI a cura della Presidenza allo scopo di poter partecipare al campionato di calcio ad 11 (undici) di cui sopra. Pur essendo il torneo amatoriale, le recenti normative in materia di certificazioni obbligatorie, impongono la certificazione agonistica, motivo per il quale gli stessi sottoscrittori si obbligano in tal senso.**

**Il sottoscritto, inoltre, dichiara, assumendone tutta la responsabilità, che tutti i componenti iscritti a partecipare al torneo in oggetto sono:**

1. **appartenenti all’Albo dell’Ordine dei Medici e/o all’Albo degli Odontoiatri ;**
2. **che gli stessi hanno accettato il REGOLAMENTO con le relative clausole indicate;**
3. **che gli atleti elencati nella “LISTA CALCIATORI E DIRIGENTI” , sono stati sottoposti alle certificazioni agonistiche che la legge impone, e che le certificazioni stesse sono in possesso dello stesso (presidente o responsabile) e che saranno consegnati alla segreteria della Presidenza Nazionale prima dell’inizio della manifestazione**
4. **di aver controllato e confermato la correttezza dei dati indicati – Lista Calciatori che parteciperanno al torneo.**
5. **Si sottolinea che, qualora uno degli elementi sopra indicati non dovesse essere conforme a quanto specificato, ci sarà l’esclusione della squadra dalla competizione sportiva.**

 **LISTA CALCIATORI E DIRIGENTI**

 **Cognome e nome Luogo e data di nascita Codice Fiscale Qualifica\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |

* **Specificare se calciatore, medico, allenatore, massaggiatore, dirigente**

 **In fede**

 ***Firma e Timbro****(se in possesso )*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**