****

**Al Comitato Organizzatore**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI RESPONSABILITA’**

**( da restituire firmato , compilato in tutte le sue voci e timbrato)**

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 edizione della XIX COPPA ITALIA MEDICI CALCIO 2022 – FINAL SIX**

DICHIARA

di essere a conoscenza della necessità di sottoscrivere una polizza individuale BASE-SPORT infortuni con l’ACSI 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 ad eccezione di uno solo appartenente alle altre classi di lauree MAGISTRALI CONSENTITE ED A MAX DUE NON MEDICI (F.Q)
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).
4. Che tutti gli atleti e dirigenti sono provvisti di Vaccinazione con 3 dosi o tampone negativo non piu’ retrodatato di 48 ore l’inizio della gara, requisito fondamentale per poter partecipare alle gare ed essere inseriti in distinta.
5. di aver controllato e confermato la correttezza dei dati indicati – Lista Calciatori che parteciperanno al torneo.
6. 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 F.Q.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  | **dir** |  |
| **32** |  |  |  | **dir** |  |
| **33** |  |  |  | **dir** |  |
| **34** |  |  |  | **dir** |  |
| **35** |  |  |  | **dir** |  |

* **Dir : Specificare accanto a dir se trattasi di medico, allenatore, massaggiatore, dir resp o dir acc.**
* **Specificare nella casella prevista la tipologia dell’eventuale fuoriquota (es. FQP= fuoriquota portiere, FQM = fuor mov)**

**In fede *Firma e Timbro****(se in possesso*

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