



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 XXIII EDIZIONE DELLA COPPA ITALIA NAZIONALE MEDICI CALCIO-CASTEL DI SANGRO 9-13 SETTEMBRE 2026

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 QUATTRO appartenenti alle altre classi di lauree MAGISTRALI CONSENTITE
- 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 ogni presidente provvederà a consegnarle all'organizzazione 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	L.A
1			CALCIATORE	
2			CALCIATORE	
3			CALCIATORE	
4			CALCIATORE	
5			CALCIATORE	
6			CALCIATORE	
7			CALCIATORE	
8			CALCIATORE	
9			CALCIATORE	
10			CALCIATORE	
11			CALCIATORE	
12			CALCIATORE	
13			CALCIATORE	
14			CALCIATORE	
15			CALCIATORE	
16			CALCIATORE	
17			CALCIATORE	
18			CALCIATORE	
19			CALCIATORE	
20			CALCIATORE	
21			CALCIATORE	
22			CALCIATORE	
23			CALCIATORE	
24			CALCIATORE	
25			CALCIATORE	
26			CALCIATORE	
27			CALCIATORE	
28			CALCIATORE	
29			CALCIATORE	
30			CALCIATORE	
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.
- BARRARE CON UN X NELLA CASELLA L.A IN CORRISPONDENZA DEL CALCIATORE IN QUESTIONE

In fede *Firma e Timbro*

(se in possesso)

_____, li _____
