



FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

DICHIARAZIONE COORDINATORE OPERATORI SANITARI

SOCIETÀ **VIRTUS BASKET APRILIA** COD. FIP **005862**

CAMPIONATO \_\_\_\_\_ GIRONE \_\_\_\_\_ GARA N. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO,

COGNOME E NOME	TIPO E N. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

COORDINATORE DEGLI OPERATORI SANITARI DICHIARA DI ESSERE IL RESPONSABILE  
DELL'AMBULANZA CON DEFIBRILLATORE IN SERVIZIO PRESSO

Località	Nome Impianto	Indirizzo Impianto
APRILIA	PALLONE TENSOSTATICO	VIA OTTORINO RESPIGHI SNC APRILIA (LT)

FIRMA \_\_\_\_\_