|  |  |
| --- | --- |
|  | **FIPAV Comitato Provinciale Cuneo**  **MODULO PER SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO** |

***Da compilare da parte della società ospitante e da consegnare insieme al CAMP3 agli arbitri della gara:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serie |  | N° | numero della gara | del | inserire data nel formato dd/MM/yyyy |
| Squadra ospitante | | inserire denominazione squadra ospitante | | | |
| 1° Squadra ospite | | inserire denominazione 1° squadra ospite | | | |
| 2° Squadra ospite\* | | inserire denominazione 2° squadra ospite | | | |

# Con la presente di DICHIARA che:

È presente l’ambulanza provvista di defibrillatore, il cui operatore sanitario responsabile dell’ambulanza e delle operazioni sanitarie durante tutto lo svolgimento della partita è il/la sig.re/ra: inserire cognome - nome

È presente il defibrillatore all’interno dell’impianto;

È presente l’addetto all’utilizzo del defibrillatore sig.re/ra: inserire cognome - nome

Certificato di abilitazione inserire tipologia e numero

È presente il Medico di Servizio sig.re/ra: inserire cognome - nome

iscritto sul CAMP3 oppure se non iscritto sul CAMP3 riportare il n° del tesserino di appartenenza all’Ordine dei Medici: inserire numero

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del Dirigente accompagnatore | Firma del Capitano |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del Dirigente 1° squadra ospite | Firma del Dirigente 2° squadra ospite\* |

**NOTE per le Società**

Ogni società ospitante deve compilare le parti che ottemperano agli obblighi della normativa del servizio di Primo Soccorso previsti in base alla Serie del Campionato e depennare le parti non di interesse.

|  |
| --- |
| **Si rammenta che la presente normativa che disciplina i servizi di primo soccorso è finalizzata alla tutela della salute fisica degli atleti, tesserati in campo e spettatori.**  **La eventuale indisponibilità del defibrillatore, il suo malfunzionamento e/o la presenza di alcuni componenti scaduti, la mancanza dell’operatore, del medico di servizio o il loro allontanamento anche momentaneo o comunque altre violazioni contrastando con i principi ispiratori della detta normativa, attribuiranno alle società ospitanti oltre alle previste sanzioni sportive, ogni responsabilità penale e civile per quanto di ragione, in caso di incidente con conseguenze sulla incolumità fisica delle persone coinvolte.**  **Ogni società ospitante, assumendosi la piena ed esclusiva responsabilità per ogni evento lesivo malleverà espressamente la Federazione Italiana Pallavolo e pertanto nessun addebito diretto o indiretto potrà essere attribuito a quest’ultima.** |

**NOTA per gli Arbitri**

Gli arbitri devono accettare quanto dichiarato nel presente Modulo e controllare i documenti di identità delle persone elencate e ove necessario il documento di appartenenza alla categoria (tesserino Ordine dei Medici, certificato di abilitazione all’utilizzo del defibrillatore, ecc.) e la presenza dell’ambulanza e del defibrillatore ove dichiarato è necessaria.

Il presente Modulo andrà allegato agli atti della gara da inviare al Giudice Unico Provinciale.

\**per concentramenti a tre squadre, U13M, U11F, Minivolley*