**DICHIARAZIONE DAE**

**ai sensi del decreto del Ministero della salute del 26 giugno 2017 (G.U. serie generale n. 149 del 28 giugno 2017)**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………nato/a a…………………………………………………………………………………………il……………………. e residente a………………….…………………………………………………………………………………..

in via………………………..……………………………….. tessera FIT n. ………………………………… nella sua veste di60………………………………………….. dell’affiliato ………………………………... per le gare61........................................................................…..del……………..………………….

**consapevole delle responsabilità civili, penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,**

**dichiara**

di aver accertato, prima dell’inizio delle gare, che all’interno dell’impianto sportivo:

1) è presente un defibrillatore semiautomatico (DAE) o a tecnologia più avanzata regolarmente manutenuto e funzionante;

2) è presente persona debitamente formata all’utilizzo del dispositivo, di cui assicura la presenza per tutta la durata delle gare.

**Data Firma**

*60 Specificare:*

*nella qualità di presidente della società ospitante (indicare la società sportiva ospitante)*

*oppure di delegato del presidente della società sportiva ospitante all’uopo incaricato (indicare la società sportiva ospitante).*

*61 Specificare la gara:*

*- gara a squadre…………………………….(es. Campionato degli affiliati maschile di serie D4 tra…………………………..)*

*- torneo individuale ………………………(es. IV Coppa di I° categoria).*