

Autocertificazione del Medico di servizio

A firma del **Medico di Servizio** deputato all'assistenza sanitaria dei cavalieri partecipanti alla manifestazione.

Compilare in stampatello

Luolo e data _____ lì ____/____/____ ora ____:

Manifestazione _____

Struttura Ospitante _____

Presidente di Giuria _____

Il/La sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ Prov ____ il ____/____/____

residente a: _____ Prov ____

in via: _____ n° _____

telefoni _____ e-mail _____

iscritto all'ordine dei medici della provincia di: _____ N° _____

DICHIARA

- di essere in possesso della necessaria esperienza professionale per svolgere le diverse attività mediche, previste dal Regolamento di Disciplina.
- di essere in possesso di tutta la strumentazione necessaria per intervenire in caso di emergenza e di poter effettuare il primo soccorso sul campo.
- di restare a disposizione del Presidente di Giuria fino alle ore ____:____ del giorno ____/____/____ e comunque sempre almeno fino a mezz'ora dopo il termine dell'ultima gara.

In fede
(Firma leggibile) _____

(Timbro leggibile)

NBHA Italia ASD

Via Libertà 25, Samarate (VA) Tel. 371 – 359 3960 info@nbhaitaly.com

www.nbhaitaly.com