

## Autocertificazione del Medico di servizio

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

### Compilare in stampatello

Luogo e data \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 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 Liberta 25, Samarate (VA) Tel. 371 – 359 3960 [info@nbhaitaly.com](mailto:info@nbhaitaly.com)

[www.nbhaitaly.com](http://www.nbhaitaly.com)