***ADDENDUM N. 1 ALL’ELENCO GIOCATORI***

|  |  |
| --- | --- |
| **SOCIETA’ OSPITANTE** |  |
| Per l’incontro |  | - |  | del |  | h. | a |  |
|  | *(scrivere prima la ospitante)* |  | *(data)* |  | *(ora e località)* |

***DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA DELLA SOCIETA’ OSPITANTE DA SOTTOSCRIVERE NEL CASO IN CUI IL RESPONSABILE DELLA PRIMA ASSISTENZA NON SIA TESSERATO PER LA FEDERAZIONE ITALIANA HOCKEY***

Il responsabile della prima assistenza infortunistica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO** |  | **NOME E COGNOME** | **NATO IL** | **A** |
|  |  |  |  |  |
|  |

 è regolarmente abilitato come da documentazione agli atti della Società\*.

IL PRESIDENTE/DIRIGENTE RESPONSABILE

*(firma)*

Nota\*:

* PER I MEDICI: copia del certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici;
* PER MASSOFISIOTERAPISTI: copia del diploma di massaggiatore, di fisioterapista o di infermiere;
* PER TUTTI GLI ALTRI: copia della certificazione di rianimazione e primo soccorso (CPR/FIRST AID)