



4° TORNEO DI CALCIO A 5 “ OROCAPITAL ” 2015 MEMORIAL GIOVANNI DONAZZOLO

Società: _____

N°	COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA

Allenatore : _____ Accompagnatore _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere stato informato che le denunce di sinistro devono essere inoltrate con lettera raccomandata A/R alla sede Nazionale OPES – entro tre giorni dallo stesso. Si dichiara inoltre, che tutti i giocatori, iscritti nella presente lista sono in possesso di certificazione medica attestante l' idoneità allo svolgimento di attività sportiva agonistica ai sensi dell' art.5 del Decreto Ministeriale 18/02/1982, impegnandosi a consegnarli tempestivamente all' organizzazione. Si dichiara altresì di essere a conoscenza dei massimali di polizza previsti per l' ipotesi di infortunio e che la partecipazione alla presente competizione avviene sotto la personale responsabilità di ciascuno degli atleti suindicati, sollevando gli organizzatori da qualunque responsabilità per eventuali infortuni che dovessero verificarsi nel corso della competizione stessa.

Il Responsabile della Squadra

Dichiaro sotto la propria Responsabilità, in qualità di Gestore del Centro Sportivo/Organizzatore del Torneo, che i giocatori sprovvisti di documento di riconoscimento, sono stati da me regolarmente riconosciuti.
