In allegato alla dichiarazione di

Codice fiscale

Dichiarazione di utilizzo del defibrillatore

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | **Provincia** | **Numero Iscrizione**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ che

☑ la persona responsabile, per conto del concessionario, del rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 26 "Utilizzo di defibrillatori semiautomatici negli impianti sportivi pubblici e privati" ai sensi della Legge regionale 02/04/2014, n. 36 è

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

☑ in ogni occasione di utilizzo della struttura per la quale si richiede la concessione in uso, sarà costantemente presente presso la stessa almeno un operatore abilitato all'utilizzo del DAE

☑ in ogni occasione di utilizzo della struttura comunale e prima dell'inizio dell'attività, il soggetto responsabile di cui sopra verificherà il corretto funzionamento del DAE presente nella struttura e che, in caso di riscontrato cattivo funzionamento, nessuna attività sarà svolta

☑ di assumere a proprio carico ogni responsabilità in merito

Alleghe		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**