

Manifestazione \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA MEDICA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ dichiara la propria e completa disponibilità a presenziare, a norma della Regola della Competizione 6 RTI riportata in calce, alla manifestazione di Atletica Leggera in oggetto, per tutta la durata della stessa (dal "ritrovo Giurie e Concorrenti" e fino a 30' dopo la sua conclusione), in qualità di Medico di Servizio, la cui tessera è OPDM/FIMS/CRI:

N° Tessera: \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Firma leggibile del Medico: \_\_\_\_\_

### **Regolamento Tecnico Internazionale per le gare di Atletica Leggera**

#### **Regola 6 RC**

Il Delegato Medico deve:

- (a) avere autorità decisionale su tutti gli argomenti di carattere medico.
- (b) garantire che nella sede(i) della competizione, zone di allenamento e riscaldamento, siano disponibili adeguate attrezzature per le visite mediche, per il trattamento medico e per le cure di emergenza e che possa essere fornita assistenza medica nelle sedi di alloggiamento degli atleti per quanto previsto e in conformità ai requisiti Regola 6.2 RT;
- (c) effettuare visite e fornire certificati medici in conformità con la Regola 4.4 RT; e
- (d) avere il potere di ordinare ad un atleta di ritirarsi prima della competizione o ritirarsi immediatamente da una gara nel corso della stessa.

\*\*\*\*\*

## DICHIARAZIONE PRESENZA DEFIBRILLATORE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ nella sua qualifica di \_\_\_\_\_ e organizzatore della manifestazione di Atletica Leggera in oggetto DICHIARA sotto la propria responsabilità, che presso l'impianto sportivo, sede della manifestazione suddetta e denominato \_\_\_\_\_ è presente un defibrillatore regolarmente funzionante e con il relativo personale debitamente formato.

Firma leggibile dell'Organizzatore: \_\_\_\_\_