



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 _____

**FEDERAZIONE ITALIANA TURISMO EQUESTRE TREC - ANTE
COMITATO REGIONALE DEL\DELLA** _____

Copia originale da consegnare personalmente al Presidente di Giuria e da conservare con gli atti relativi alla manifestazione.

Il/La sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente a: _____ Prov. _____

in via: _____ n° _____

telefoni _____ e-mail _____

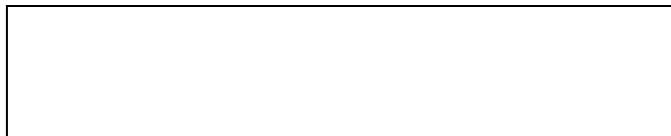
iscritto all'ordine dei medici della provincia di: _____ N° _____

DICHIARA

- di essere in possesso della necessaria esperienza professionale per svolgere le diverse attività mediche, previste dal Regolamento Federale;
- 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)



L'ora in cui è firmato il presente documento deve corrispondere ad almeno 60 minuti prima dell'inizio della manifestazione.

FITETREC-ANTE

Federazione Italiana Turismo Equestre e TREC

00194 Roma – Largo Lauro de Bosis, 15 - Tel. 0632650231 – Fax 0632650230

www.fitetrec-ante.it – info@fitetrec-ante.it

Cod. Fisc. 80417270586 – P.IVA 02140551009