AL DIRETTORE DI GARA

AL MEDICO CAPO

AL CAPO PROVA

P.S. N° _____ Denominata _____

Postazione START Intermedio ___

Il sottoscritto Dott. _____

in qualità di responsabile sanitario del mezzo di rianimazione

DICHIARA

che il mezzo di cui sopra possiede tutti i requisiti necessari e richiesti per affrontare emergenze sanitarie di rianimazione sollevando il Capo Prova, l'Organizzatore e il Direttore di Gara da ogni responsabilità in ordine allo stato del mezzo di soccorso sopra indicato.

IL MEDICO