



AL CAPO PROVA

P.S. N° _____

Il sottoscritto Dr. _____ in qualità di responsabile sanitario del mezzo di rianimazione e soccorso posto allo START di P.S.

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