



Relazione assistenza medica

Gara del _____ C.I. _____

IL sottoscritto Dott. _____

DICHIARA

che i requisiti e la disponibilità per l'assistenza respiratoria e la terapia farmacologica di primo intervento rispettano la normativa prevista dal regolamento.

Il servizio è stato effettuato dalle ore _____ alle ore _____

Di aver prestato soccorso Si segue descrizione dettagliata

 No
