

DATI SODALIZIO

Denominazione Società:	Località	Codice FIPAV
------------------------	----------	--------------

CARATTERISTICHE IMPIANTO DI GIOCO

Denominazione Impianto:	
Proprietà:	
Gestione:	
Indirizzo	Telefono:

CARATTERISTICHE TECNICHE

Capienza certificata:	Posti in piedi:	Posti a sedere:
Verbale Commissione Vigilanza Pubblico Spettacolo		
Anno di costruzione:	Ristrutturazione:	
Tipo di impianto: PALAZZO TENSOSTATICO PALESTRA APERTO		
Struttura:	Copertura:	
Stato di conservazione generale: INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO		

SERVIZIO DI SUPPORTO STAMPA

Tribuna stampa: SI NO	N° posti:	N° linee tel.:
Sala stampa: SI NO	N° posti:	N° linee tel.:
Sala interviste: SI NO	N° posti:	N° linee tel.:
Telefono in campo: SI NO	Altro:	

SERVIZIO DI SUPPORTO ATLETI ARBITRI

Spogliatoi Atleti	mq	docce	stato di conservazione SUFFICIENTE INSUFFICIENTE
Spogliatoi Arbitri	mq	docce	stato di conservazione SUFFICIENTE INSUFFICIENTE
Infermeria sezione atleti: SI NO		mq	
Dotazione:			
Antidoping n°:	mq	docce	WC:
Protezione accesso agli spogliatoi: SI NO		Tipo Protezione	

INFORMAZIONI GENERALI

Collocazione rispetto al centro abitato: INTERNO ESTERNO CONTIGUO			
Impianto inserito in un complesso: SCOLASTICO TURISTICO SPORTIVO ISOLATO			
Trasporti Pubblici:			
Parcheggio a disposizione: SI NO		N° posti auto:	

CARATTERISTICHE AREA DI GIOCO

Pavimentazione:		Condizioni del fondo: INSUFF. SUFF. BUONO			
Colore del fondo:		Colore linee:			
N° fari presenti	Pun. A:	Pun. B:	Pun. C:		
	Pun. D:	Pun. E:	Pun. F:		
Impianto pali	Tipo				
Seggiolone arbitrale	Tipo				
Tabellone punti MAN. AUT.		Tipo di segnalazione SET T.O. SERV. SOST. ATLETI SQU. MAGL. TEMPO			
Impianto micron. SI NO		Avvisatore acustico: SI NO			
Altezza minima spazio libero:					
Natura ed altezza ostacoli (canestri, altro):					
Altro da specificare (indicare esistenza transenne):					

NOTE PARTICOLARI

--	--	--	--	--	--

SERVIZI DI SUPPORTO PER IL PUBBLICO

Servizi igienici M	WC n°	stato di conservazione SUFFICIENTE INSUFFICIENTE
Servizi igienici F	WC n°	stato di conservazione SUFFICIENTE INSUFFICIENTE
WC portatori di handicap n°:		
Infermerie n°		Mq:
Dotazione:		
Ambulanza all'interno dell'impianto durante le gare:		

VERBALE OMOLOGAZIONE CAMPO

A					F
		C		D	
B					E

_____ *Data*

Timbro

_____ *Firma del Presidente del Sodalizio*