|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente | FEDERAZIONE ITALIANA SPORT ROTELLISTICI |  |
| Società:  |  | di:  |  | Codice:  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Località: |  | giorno: |  | ora: |  |
| Impianto: |  |
| Partita: |  |

|  |
| --- |
| Elenco Nominativo degli atleti presenti |
| Cognome | Nome |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Elenco nominativo Tecnici e Dirigenti con tessera gara Fisr |
|  | Cognome | Nome |
| Dirigente Addetto all’arbitro |  |  |
| Dirigente accompagnatore |  |  |
| Allenatore |  |  |
| V. Allenatore, o Preparatore Fisico |  |  |
| Massaggiatore o Fisioterapista |  |  |
| Attrezzista |  |  |
| Medico |  |  |

|  |
| --- |
| Elenco nominativo di eventuali altri componenti del gruppo |
| Ruolo | Cognome | Nome |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il sottoscritto primo dirigente della società dichiara che tutte le persone riportate nel presente modulo:

* non hanno avuto diagnosi di infezione da COVID-19 che non sia stata seguita da un doppio tampone negativo
* non hanno avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, colleghi di scuola e/o lavoro…) negli ultimi 14 giorni.
* Non hanno avuto, negli ultimi 14 giorni, sintomi riferibili all’infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
* Non manifestano attualmente sintomi riferibili all’infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modulo FISR H2 - cov****HL Versione 2020** |  | Firma del Dirigente Accompagnatore |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente | FEDERAZIONE ITALIANA SPORT ROTELLISTICI |  |
| Società:  |  | di:  |  | Codice:  |  |
| Partita: |  |
| Località: |  | giorno: |  | ora: |  |

|  |
| --- |
| Elenco Nominativo delle persone sottoposte a tampone antigenico rapido |
| Documento identità | Cognome e Nome | Data e ora test | Esito (Pos/Neg) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tessera n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATTESTA che l’esecuzione dei test è avvenuta in modo conforme alle modalità prescritte da FISR, che le persone sottoposte al test sono state identificate tramite il relativo documento di identità e che, per ciascuna, l’esito del test è quello riportato nel presente documento.

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRENDE ATTO della avvenuta esecuzione dei test in conformità alle modalità prescritte da FISR.

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modulo FISR H2 - TAR****HL Versione 2020** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente | FEDERAZIONE ITALIANA SPORT ROTELLISTICI |  |

TEST ANTIGENICO RAPIDO PER ARBITRI

e persone singole

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tessera n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di avere eseguito il test antigenico rapido in data al sig.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificato con documento di riconoscimento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il test si è svolto presso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ha avuto esito NEGATIVO.

L’esecuzione dei test è avvenuta in modo conforme alle modalità prescritte da FISR.

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modulo FISR H2 – TAR - ARB****HL Versione 2020** |  |  |