|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| Primo Dirigente. |  |  |
| Secondo Dirigente. |  |  |
| Allenatore. |  |  |
| V. Allenatore, o Preparatore Fisico |  |  |
| Massaggiatore o Fisioterapista |  |  |
| Meccanico |  |  |
| 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**  **HP Versione 2020** |  | Firma del Primo Dirigente |