



**CORSA
COMUNICATO UFFICIALE**



VIALE TIZIANO, 74 - 00196 - ROMA • T. +39 06 91684010
F. +39 0691684029 • corsa@fisir.it • www.fisir.it

Roma, 3 marzo 2021

Comunicato Ufficiale – CU – 16

**CAMPIONATI ITALIANI INDOOR - CATEGORIE A/J/S – F/M –
PESCARA 12 – 14 MARZO 2021**

Relativamente al C.U. 2/2021 si ribadisce la fondamentale esigenza, al fine di facilitare il corretto svolgimento del protocollo COVID19, che le Società degli atleti partecipanti, inviino all'indirizzo e-mail corsa@fisir.it entro il giorno 8 marzo p.v. l'elenco completo degli atleti suddiviso per categoria, degli accompagnatori e dirigenti che dovranno sottoporsi al tampone nella sede delle gare.

Per tutte le indicazioni in merito alle procedure e ai percorsi anti – Covid 19 si rimanda al Comunicato Ufficiale n. 15 pubblicato sul sito Federale.

La manifestazione si terrà nel pieno rispetto del Protocollo di regolamentazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del COVID19 nelle organizzazioni delle gare e manifestazioni sportive federali – versione 3 del 23/02/2021 presente sul sito federale

Angelo Iezzi

IL SEGRETARIO GENERALE
Angelo IEZZI

TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO/GARA/RADUNO (stampare il modulo utilizzando la funzione fronte/reto)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ matricola (se tesserato Flsr) _____

atleta maggiorenne; genitore/tutore dell'atleta minorenn(1) Allenatore/Dirigente (2)

(2) solo in assenza del genitore/tutore legale del minore, nel 2° giorno di gara o di raduno e giorni successivi.

(1) dati del minore: _____ nato il: _____ matricola: _____

Rilascia questo documento in occasione di: Allenamento Gara Raduno

(indicare Tipo di Gara / Raduno) _____

DICHIARA CHE:

Nelle ultime due settimane

	SI	NO
-è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
-è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
-è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
-se si è risposto SI ad una delle domande precedenti: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		
- di aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)		

Al momento

	SI	NO
ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		
è un professionista della salute quale: medici, infermieri, operatori del 118, o facente parte di altre tipologie di lavoro a rischio Covid-19		

Nell'ultimo anno

	SI	NO
-ha avuto diagnosi di COVID-19		
-se si è risposto SI alla domanda precedente: è stato dichiarato guarito (tampone con esito negativo) e, se atleta, ha ripetuto la visita medica;		
-è stato sottoposto a quarantena/isolamento fiduciario per contatto con accertato caso positivo		
-se si è risposto SI alla domanda precedente: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		

Negli ultimi mesi/giorni

	SI	NO
-è stato sottoposto a vaccinazione		
-se si è risposto SI alla domanda precedente: ha completato il ciclo vaccinale		

_____ DATA E LUOGO

_____ FIRMA DELL'ATLETA maggiorenne
o del GENITORE-TUTORE /del DIRIGENTE-ALLENATORE



TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO/GARA/RADUNO

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura SPORTIVA ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

autorizzo _____(indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA E LUOGO

FIRMA DELL' ATLETA maggiorenne
o del GENITORE-TUTORE /del DIRIGENTE-ALLENATORE

Nei casi di:

- Allenamenti;
- Gare con durata successiva alla singola giornata, nelle giornate susseguenti alla prima;
- Raduni nazionali con durata successiva alla singola giornata, nelle giornate susseguenti alla prima;

possono essere utilizzati gli spazi DATA e FIRMA riportati di seguito per la conferma della dichiarazione precedentemente espressa.

Conferma della dichiarazione riportata sull'altro lato del presente foglio:

DATA	FIRMA

**CONSENSO INFORMATO TEST RAPIDO da CAMPIONI ORO-RINO-FARINGEI
per nuovo Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)**

Io sottoscritto/a _____,
nato/a il ____/____/____ a _____
Prov. (____), C. F. _____,
Residente in _____ Prov. (____) CAP
_____, Via _____ n. _____
Tel. _____, E-mail _____,
in qualità di genitore/tutore di _____,
nato/a il ____/____/____ a _____
Prov. (____), C. F. _____,
Residente in _____ Prov. (____) CAP
_____, Via _____ n. _____

DICHIARO:

- di aver preso visione del materiale informativo relativo alle misure di sicurezza anti-Covid presente nella pagina dedicata alla Fisr sul sito dell'azienda fornitrice Twin Helix <https://www.twinhelix.eu/it/landing/fisr>, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi;
- di essere a conoscenza che il test verrà effettuato da personale sanitario debitamente formato;
- di comprendere che la finalità del test è di consentire il controllo degli accessi alla struttura, sulla base della negatività del risultato, al fine di tutelare la salute degli individui e della collettività ed evitare il diffondersi del contagio;
- di comprendere che un eventuale esito negativo consentirà l'accesso alla struttura, mentre un eventuale esito positivo comporterà la richiesta di allontanamento dalla struttura stessa. L'eventuale esito positivo sarà comunicato al solo interessato, il quale assumerà su di sé l'onere di attuare i protocolli previsti dalle normative vigenti;
- di essere a conoscenza del fatto che i campioni e i dati raccolti saranno trattenuti esclusivamente per il tempo necessario a determinare l'esito del test;
- di essere consapevole che l'ingresso è consentito solo ed esclusivamente a seguito di negatività certificata

Pertanto

- Presto il consenso all'esecuzione del test accettandone i relativi limiti intrinseci

SI

NO

- Autorizzo espressamente la FISR al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge, inclusi i dati di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679, "relativi alla salute";

SI

NO

Data ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante (o del genitore/tutore se minorenni)

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

- Esito tampone **NEGATIVO**

SI

NO



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in _____
(____), via _____ e domiciliato/a in _____
(____), via _____, identificato/a a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____
in data ____ . ____ . ____ , utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;**
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;**
- **che lo spostamento è determinato da:**
 - **comprovate esigenze lavorative;**
 - **motivi di salute;**
 - **altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio;**
(specificare il motivo che determina lo spostamento):

PARTECIPAZIONE CAMPIONATI ITALIANI INDOOR CAT. A/J/S - PESCARA 12 - 14 MARZO 2021

- **che lo spostamento è iniziato da** *(indicare l'indirizzo da cui è iniziato)*
Pattinodromo "ex Gesuiti" - Via Martiri del Lavoro - 65125 PESCARA _____;
- **con destinazione** *(indicare l'indirizzo di destinazione)*
_____;

- **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:**

Competizione autorizzata dal CONI : <https://www.coni.it/it/speciale-covid-19>

Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito web della Federazione Italiana Sport Rotellistici
<http://www.fisr.it/corsa/comunicati-ufficiali/category/424-2021.html>

Data, ora e luogo del controllo
Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in _____
(____), via _____ e domiciliato/a in _____
(____), via _____, identificato/a a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____
in data ____ . ____ . ____ , utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;**
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;**
- **che lo spostamento è determinato da:**
 - **comprovate esigenze lavorative;**
 - **motivi di salute;**
 - **altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio;**
(specificare il motivo che determina lo spostamento):

PARTECIPAZIONE CAMPIONATI ITALIANI INDOOR CAT. A/J/S - PESCARA 12 - 14 MARZO 2021

- **che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)**
_____;
- **con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)**
Pattinodromo "ex Gesuiti" -Via Martiri del Lavoro - 65125 PESCARA _____;
- **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:**
Competizione autorizzata dal CONI : <https://www.coni.it/it/speciale-covid-19> _____.

Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito web della Federazione Italiana Sport Rotellistici
<http://www.fisr.it/corsa/comunicati-ufficiali/category/424-2021.html>

Data, ora e luogo del controllo
Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia