



CORSA COMUNICATO UFFICIALE



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

Roma, 30 aprile 2021

Comunicato Ufficiale - n.23

RADUNO TECNICO NAZIONALE CAT. ALLIEVI-JUNIOR-SENIOR SENIGALLIA (AN) 14-16 MAGGIO 2021

Per la partecipazione al raduno di cui sopra, sono convocati su segnalazione del Commissario Tecnico Massimiliano PRESTI - i seguenti atleti:

ALLIEVI FEMMINE

FEDERICI ANASTASIA	3333	ROLLER GREEN (AP)
FUSETTO GIORGIA	2107	A.S.D. POL.VA CASIER ARL
PRESTI GIULIA	728	ROLLER CIVITANOVA (MC)
SORCIONOVO ALICE	4011	A.S.D. LUNA SPORTS ACADEMY

ALLIEVI MASCHI

CEOLA RICCARDO	310	POL. BELLUSCO (MB)
DE ANGELIS LEONARDO	1260	ROLLING BOSICA (TE)
GHIOTTO MANUEL	2543	ALTE CECCATO CLUB (VI)
MASSA KEVIN	1057	FORLI' ROLLER (FC)
MONCHIERO FABIO	2564	SAVONA IN LINE (SV)
MULLAI ARDIT	3816	REDBLACK R.TEAM (CR)

JUNIOR FEMMINE

BEGGIATO CAMILLA	2107	A.S.D. POL.VA CASIER ARL
CARRER ILARIA	2107	A.S.D. POL.VA CASIER ARL
CORSINI GIORGIA	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)
MARLETTI ALICE	1285	PATT.S.MAURO TO (TO)
PASSAPONTI CATERINA	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
ROSSETTO ELENA	2733	A.S.D. AZZURRA PATT.CORSA
SARONNI SOFIA	310	POL. BELLUSCO (MB)

JUNIOR MASCHI

CREMASCHI ANDREA	310	POL. BELLUSCO (MB)
FINCO ANDREA	310	POL. BELLUSCO (MB)
FIORETTI MATTIA	4239	PATT. MAREMMANI (GR)
LA ROSA LEOPOLDO	696	OLIMPIADE PATT. SR (SR)
MORONI FILIPPO	4011	A.S.D. LUNA SPORTS ACADEMY
SALINO ALBERTO MARIA	1285	PATT.S.MAURO TO (TO)

SENIOR FEMMINE

BORMIDA GIORGIA	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
LIBRALESSO ASIA	752	ASD PATT. SPIENA
LUCIANI VERONICA	785	GS SCALTENIGO VE (VE)
PALUZZI EDDA	1260	ROLLING BOSICA (TE)

ROSSI LINDA	3649	TOROLLSKI CENTER (PU)
VARANI ASJA	1260	ROLLING BOSICA (TE)
WOOLAWAY LUISA	81	SKATING CONCOREZZO (MB)
VALANZANO GIORGIA	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)

SENIOR MASCHI

BARISON MATTEO	2733	A.S.D. AZZURRA PATT.CORSA
BARONI SIMONE	310	POL. BELLUSCO (MB)
BRAMANTE GIUSEPPE	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
DI STEFANO DANIELE	111	ADHP GRUPPO COSMO (VE)
GALLI GABRIELE	752	ASD PATT. SPINEA
LORELLO RICCARDO	310	POL. BELLUSCO (MB)
MAIORCA VINCENZO	696	OLIMPIADE PATT. SR (SR)
MANERA FILIPPO	1285	PATT.S.MAURO TO (TO)
MARSILI DUCCIO	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
SARGONI DANNY	1179	A.P.D.JUVENILIA (MC)
SORIANI YURI	1260	ROLLING BOSICA (TE)

STAFF

COMMISSARIO TECNICO
 TECNICO FEDERALE
 TECNICO FEDERALE
 TECNICO FEDERALE
 PREPARATORE ATLETICO

MASSIMILIANO PRESTI
 GREGORIO DUGGENTO
 LUCA BERNACCHIA
 GAVIRAGHI PIERLUIGI
 MICHELE RAVAGLI

I convocati, muniti dell'attrezzatura ginnica sportiva idonea al pattinaggio corsa, dovranno essere a disposizione del medico federale per le ore 14:30 del giorno 14 Maggio p.v presso l'Hotel Le Querce - Via Umberto Giordano, 2060019 Senigallia (AN) tel. +39 071 7920205, dove verranno sottoposti a tampone rapido antigienico Covid-19 prima di iniziare il raduno.

Si informa inoltre, che chi effettuerà il tampone in sede di raduno dovrà consegnare il modulo di consenso informato allegato, firmato e compilato in ogni sua parte.

Coloro che intendano effettuare il tampone **prima della partenza** dovranno effettuarlo nelle **24 ore antecedenti l'inizio del raduno** e consegnare all'arrivo al medico federale la certificazione comprovante l'esito negativo del tampone.

Tutti i convocati (atleti e tecnici) dovranno consegnare al Commissario Tecnico Massimiliano Presti il modulo Triage in allegato. Si specifica che, per gli atleti minorenni, tali moduli dovranno essere firmati dai genitori.

L'impegno degli atleti si considererà concluso al termine del pranzo del giorno 16 maggio 2021.

Eventuali defezioni dovranno essere comunicate entro il giorno 7 maggio p.v. ai seguenti indirizzi e-mail: corsa@fisir.it - m.presti@fisir.it

I Tecnici di 3° Livello degli atleti convocati, che siano in regola con il Tesseramento Federale, potranno assistere ai lavori esclusivamente previo invio di una e-mail di richiesta di adesione a siri@fisir.it entro il giorno 7 maggio 2021.

Il raduno sarà svolto nel rispetto delle normative vigenti e del protocollo di regolamentazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del COVID-19 di sicurezza FISR in tema di tutela della salute disponibile nella pagina dedicata all'emergenza COVID19 presente sul sito federale.

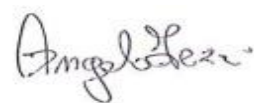
Gli atleti sono tenuti ad attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite dai membri dello Staff.

Gli atleti convocati dovranno effettuare il viaggio per Senigallia (AN) a proprie spese.

Non è prevista alcuna forma di rimborso da parte della FISR.

N.B - Tutti gli atleti dovranno essere muniti di certificato di idoneità all'attività agonistica rilasciato dalle Strutture autorizzate, come previsto dalle normative vigenti.

Si raccomanda la massima puntualità e l'osservanza delle disposizioni sopra menzionate.



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/retro)

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 Fisir sul sito dell'azienda fornitrice Twin Helix <https://www.twinhelix.eu/it/landing/fisir> , 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