



## 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.24

#### RADUNO TECNICO NAZIONALE CAT. ALLIEVI-JUNIOR-SENIOR L'AQUILA (AQ) 19-21 MAGGIO 2021

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

#### ALLIEVI FEMMINE

BEDON JULIA	310	POL. BELLUSCO (MB)
DE RIU' TERESA	752	ASD PATT. SPINEA (VE)
LAMPITELLI ELENA	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)
MONTICO SIRIA	3570	SPEEDY WHEELS LATINA (LT)
PIROTTA GIORGIA	589	SKATING CLUB CASSANO D'ADDA (MI)

#### ALLIEVI MASCHI

BALINI EMANUELE	310	POL. BELLUSCO (MB)
COVELLI ALESSANDRO	1136	SKATING C.UBOLDO
FELICETTI ELIA	315	S.MARIA NUOVA (AN)
PUSIOL ALESSANDRO	3754	ASD NEW R.PORCIA (PN)
TAGLIENTE DAVIDE	310	POL. BELLUSCO (MB)

**JUNIOR FEMMINE**

AIELLO GIORGIA	3370	CARDANO AL CAMPO (VA)
CRIPPA SOFIA	81	SKATING CONCOREZZO (MB)
MEUCCI MARGHERITA	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
RONZANI ILARIA	2543	ALTE CECCATO CLUB (VI)
TEDESCHI GAIA	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)

**JUNIOR MASCHI**

CARLI EDOARDO	1647	JOLLY ALBIGNASEGO (PD)
GIANUARIO MATTIA	310	POL. BELLUSCO (MB)
MARCHESE ELIA	752	ASD PATT. SPINEA (VE)
NEVE GIOSUE'	1260	ROLLING BOSICA (TE)
ROMAIRONE FEDERICO	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)
ZANI LUCA	2564	SAVONA IN LINE (SV)

**SENIOR FEMMINE**

BUCCOLINI VALENTINA	1179	A.S.D. POLISPORTIVA JUVENILIA
CAMARIN CARLOTTA	2107	A.S.D. POL.VA CASIER ARL
CORSINI GIULIA	3816	REDBLACK R.TEAM (CR)
DI NATALE FEDERICA	1091	ASD C.P.G.A. (AQ)
FALASCHETTI IRENE	2386	ASD PATT SAMBENEDETTESI
LISSANDRON GAIA	752	ASD PATT. SPINEA

## **SENIOR MASCHI**

BEDON MARCO	310	POL. BELLUSCO (MB)
CANNONI GABRIELE	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
CASADEI MATTEO	133	A.S.D.G.P.SAVONESI (SV)
MAIORCA ROBERTO	696	OLIMPIADE PATT. SR (SR)
MAIORCA VINCENZO	696	OLIMPIADE PATT. SR (SR)
MAZZA GIACOMO	1647	JOLLY CLUB PATT. ALBIGNASEGO (PD)
PIERGIGLI ALESSIO	4011	A.S.D. LUNA SPORTS ACADEMY
SCOTTO FILIPPO	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
TAFI OMERO	4239	PATT. MAREMMANI (GR)

## **STAFF**

COMMISSARIO TECNICO  
TECNICO FEDERALE  
TECNICO FEDERALE

MASSIMILIANO PRESTI  
GREGORIO DUGGENTO  
LUCA BERNACCHIA

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 19 Maggio p.v presso l'Hotel Canadian S.S. 17 (Località Casermette) 67100 L'Aquila TEL. +39 086231740, dove verranno sottoposti a tampone rapido antigienico Covid-19 prima di iniziare il raduno.

Il servizio sanitario sarà reso disponibile dal Dott. Piersante Gola, medico dell'organizzazione "Internazionali d'Italia Open-Roller International Speed Skating Race - Road and Track 2021".

Si informa inoltre, che chi effettuerà il tampone nella sede del 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 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 dopo la prima colazione del giorno 21 maggio 2021.

**Eventuali defezioni dovranno essere comunicate entro il giorno 14 maggio p.v. ai seguenti indirizzi e-mail: [corsa@fisir.it](mailto:corsa@fisir.it) – [m.presti@fisir.it](mailto: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](mailto:siri@fisir.it), entro il giorno 14 maggio 2021.**

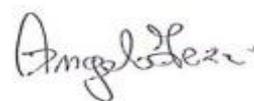
Gli atleti sono tenuti ad attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite dai membri dello Staff.

Gli atleti convocati dovranno effettuare il viaggio per L'Aquila 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

### SCHEMA 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 FIsr) \_\_\_\_\_

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 <b>SI</b> 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 <b>SI</b> 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 <b>SI</b> 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 <b>SI</b> alla domanda precedente: ha completato il ciclo vaccinale		

-----  
DATA E LUOGO

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

## 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 minorenne)

---

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

- Esito tampone **NEGATIVO**

SI

NO