



CORSA COMUNICATO UFFICIALE



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

Roma, 5 maggio 2021

Comunicato Ufficiale – n.25

PROGETTO DI RICERCA PER LO STUDIO DELLA PARTENZA NEL PATTINAGGIO CORSA CAT. SENIOR L'AQUILA (AQ) 23-24 MAGGIO 2021

Nell'ambito della ricerca e attività per lo sviluppo della Disciplina Corsa - sono convocati su segnalazione del Commissario Tecnico Massimiliano Presti - i seguenti atleti:

BARONI SIMONE	310	POL. BELLUSCO (MB)
LIBRALESSO ASIA	752	ASD PATT. SPINEA
MAIORCA VINCENZO	696	OLIMPIADE PATT. SR (SR)
ROSSI LINDA	3649	TOROLLSKI CENTER (PU)
SORIANI YURI	1260	ROLLING BOSICA (TE)
VARANI ASJA	1260	ROLLING BOSICA (TE)

STAFF

COMMISSARIO TECNICO
COORDINATORE PROGETTO
TECNICO FEDERALE
TECNICO FEDERALE
TECNICO FEDERALE

MASSIMILIANO PRESTI
ING.CLAUDIO GIORGI
GREGORIO DUGGENTO
LUCA BERNACCHIA
FABRIZIO SABATINI

Sarà inoltre presente il responsabile SIRI Francesco ZANGARINI.

I convocati, muniti dell'attrezzatura ginnico sportiva idonea al pattinaggio corsa, dovranno essere a disposizione del medico per le ore 18:30 del giorno 23 Maggio pv 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.

Si informa, inoltre, che prima di effettuare il tampone si dovrà consegnare il modulo di consenso informato allegato, firmato e compilato in ogni sua parte.

Tutti i convocati (atleti e tecnici) dovranno consegnare al Commissario Tecnico Massimiliano Presti il modulo Triage in allegato.

L'impegno degli atleti si considererà concluso al termine del pranzo del giorno 24 maggio 2021.

Eventuali defezioni dovranno essere comunicate entro il giorno 15 maggio p.v. ai seguenti indirizzi e-mail: corsa@fisir.it - m.presti@fisir.it .

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.

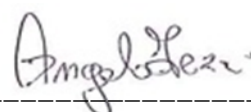
Gli atleti sono tenuti ad attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite dai membri dello Staff.

Gli atleti convocati dovranno effettuare il viaggio per Pescara 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 tratti 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