



## CORSA COMUNICATO UFFICIALE



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

Roma, 12 MAGGIO 2021

### Comunicato Ufficiale - n.28

#### PROGETTO TECNICO PER LO STUDIO SULLA MOVIMENTAZIONE DEL LATTATO IN REGIME DI MASSIMO CONSUMO DI OSSIGENO CAT. SENIOR - SIENA (SI) 03-04 GIUGNO 2021

Nell'ambito delle ricerche e attività per lo sviluppo della disciplina sono convocati su segnalazione del Commissario Tecnico Massimiliano Presti - i seguenti atleti:

BARISON MATTEO	2733	A.S.D. AZZURRA PATT.CORSA
DI STEFANO DANIELE	111	ADHP GRUPPO COSMO (VE)
LORELLO RICCARDO	310	POL. BELLUSCO (MB)
LORENZATO LAURA	785	GS SCALTENIGO VE (VE)
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)

I seguenti atleti ritrovo il 04/06/2021 alle ore 9:00 presso il pattinodromo

BORMIDA GIORGIA	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
BRAMANTE GIUSEPPE	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
CANNONI GABRIELE	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)

MARSILI DUCCIO	302	S.S.D.S.MENS SANA (SI)
----------------	-----	------------------------

#### **STAFF**

COMMISSARIO TECNICO	MASSIMILIANO PRESTI
TECNICO FEDERALE	RAVAGLI MICHELE
TECNICO FEDERALE	LUCA BERNACCHIA

#### **STAFF ISTITUTO DI MEDICINA E SCIENZA DELLO SPORT**

MAESTRO DELLO SPORT	SANDRO DONATI
DOTT.	CLAUDIO MARINI
DOTT.	DOMENICO GIANFELICI
DOTT.	ANDREA DI CASTRO

I convocati, muniti dell'attrezzatura ginnico sportiva idonea al pattinaggio corsa, dovranno essere a disposizione del medico per le ore 18:30 del giorno 3 giugno p.v. presso l'Hotel Italia - Viale Camillo Benso di Cavour,67 - 53100 SIENA, 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 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.

L'impegno degli atleti si considererà concluso al termine dei LAVORI del giorno 04 GIUGNO 2021. (tardo pomeriggio)

**Eventuali defezioni dovranno essere comunicate entro il giorno 28 maggio p.v. ai seguenti indirizzi e-mail: [corsa@fisir.it](mailto:corsa@fisir.it) - [m.presti@fisir.it](mailto: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.

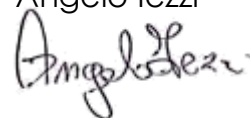
Gli atleti convocati dovranno effettuare il viaggio per Siena a proprie spese.

**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 FIsr) \_\_\_\_\_

atleta maggiorenne;      genitore/tutore dell'atleta minore (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

## 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.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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