FEDERAZIONE ITALIANA SPORT ROTELLISTICI

FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

Società:		di:		Codice:	

Località:		giorno:		ora:	
Impianto:					
Partita:					

Elenco Nominativo degli atleti presenti	
Cognome	Nome

Elenco nominativo Tecnici e Dirigenti con tessera gara Fisr		
	Cognome	Nome
Dirigente Addetto all'arbitro		
Dirigente accompagnatore		
Allenatore		
V. Allenatore, o Preparatore Fisico		
Massaggiatore o Fisioterapista		
Attrezzista		
Medico		

Elenco nominativo di eventuali altri componenti del gruppo		
Ruolo	Cognome	Nome

Il sottoscritto primo dirigente della società dichiara che tutte le persone riportate nel presente modulo:

- non hanno avuto diagnosi di infezione da COVID-19 che non sia stata seguita da un doppio tampone negativo
- non hanno avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, colleghi di scuola e/o lavoro…) negli ultimi 14 giorni.
- Non hanno avuto, negli ultimi 14 giorni, sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
- Non manifestano attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

Modulo FISR H2 - cov **HL Versione 2020**		Firma del Dirigente Accompagnatore