



n. 05 – del 12/07/2021

PROGRAMMA CAMPIONATO ITALIANO
CAT. G/E/R/A/J/S/M - ROMA - 17-18 LUGLIO 2021
SETTORE ROLLER FREESTYLE – SPECIALITA' PARK/VERT
"BUNKER SKATEPARK" – Viale Kant, 305 – 00137 Roma (RM)
Info: 347 966 1295

Sabato 17 Luglio:

- Ore 09:30 Triage ingresso, consegna deleghe in segreteria.
- Ore 09:50 Briefing gara tra dirigenti di società e giuria.
- Ore 10:00 Prova Park atleti categoria G/E - Prova Vert atleti categoria A/J/S/M30/M40/M50.
- Ore 11:00 Prova Park atleti categoria R/A
- Ore 12:00 Prova Park atleti categoria J/SENIORES F/M30/M40/M50 - Prova Vert atleti categoria G/E/R (la Gara per queste categorie si svolgerà nella Mini Half pipe).
- Ore 13:00 Prova Park atleti categoria SENIORES M
- Ore 14:00 Pausa Pranzo.
- Ore 15:00 Inizio GARA Qualificazioni di tutti gli atleti Specialità Park.
- A seguire** Inizio GARA specialità Vert Categorie G/E/R (la Gara per queste categorie si svolgerà nella Mini Half pipe).

Domenica 18 Luglio:

- Ore 09:30 Triage ingresso.
- Ore 10:00 Inizio GARA Semifinali e Finali di tutti gli atleti Specialità Park.
- Ore 13:00 Pausa Pranzo.
- Ore 15:00 INIZIO GARA Vert Categorie J/S/M30/M40/M50.
- A seguire** Premiazioni.

Si Rammenta che La gara si svolgerà a porte chiuse ed è consentito l'accesso alla struttura solo agli atleti, i dirigenti di società, i giudici, e lo staff della struttura che hanno convalidato il check-in all'ingresso consegnando il modulo triage.

Gli accompagnatori potranno comunque assistere alla gara dall'esterno della struttura.

In allegato:

Modulo triage che devono presentare tutti all'ingresso del park



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