



## COMITATO PROVINCIALE AUTONOMO BOLZANO AUTONOMES LANDESKOMITEE BOZEN

Via Buoizzi Strasse 9/B – 39100 BOLZANO/BOZEN

Tel. 0471 261753 – Fax. 0471 262577

Mail: [combolzano@lnd.it](mailto:combolzano@lnd.it)

[www.figcbz.it](http://www.figcbz.it) - [www.lnd.it](http://www.lnd.it) - [www.figc.it](http://www.figc.it)

### RAPPRESENTATIVA ALLIEVI – 2005 – AUSWAHLMANNSCHAFT A – JUGEND

In vista del Torneo Eusalp, il Comitato Provinciale Autonomo di Bolzano convoca i sotto elencati calciatori per **mercoledì 2 giugno 2021 alle ore 09.30** presso il **Centro Tecnico Federale Egna Sint.** per un allenamento.

**L'accesso alle docce e agli spogliatoi è vincolato al possesso del Corona-Pass.**

All'ingresso dell'impianto sportivo tutti i partecipanti dovranno **indossare la mascherina chirurgica e verrà effettuata la rilevazione della temperatura corporea.**

I convocati dovranno **OBBLIGATORIAMENTE consegnare l'autocertificazione Covid (sotto riportata) compilata in ogni sua parte e sottoscritta da un genitore: per maggiore sicurezza di tutti si invita chiunque abbia avuto recentemente dei sintomi o dei contatti con soggetti COVID di non presentarsi a questo allenamento.**

Im Hinblick auf das Turnier Eusalp, beruft das Autonome Landeskomitee Bozen folgende Fußballspieler für **Mittwoch, den 02. Juni 2021 um 09.30 Uhr** im **Technischen Verbandszentrum Neumarkt Kunstrasen** für ein Training ein.

**Die Nutzung von gemeinschaftlichen Duschen und Umkleieräumen setzt grundsätzlich den Corona-Pass voraus.**

**Am Eingang der Sportanlage** müssen alle Teilnehmer den **Chirurgischen Mund-Nasenschutz** tragen. Ausserdem wird die **Körpertemperatur gemessen.**

Jeder Teilnehmer ist **VERPFLICHTET** die **vollständig ausgefüllte und von einer/m Erziehungsberechtigter/n unterzeichneten Covid Eigenerklärung (unten angeführt) abzugeben: zur Sicherheit** ersucht man jene Personen, welche letztlich Symptome oder Kontakte in Bezug auf COVID hatten nicht zum Training zu erscheinen

F.C.	BOZNER	Kritzinger Lukas, Larcher Johannes, Wiedenhofer Manuel
S.S.V.	BRIXEN	Angerer Samuel, Gabloner Manuel, Larcher Hannes, Rabanser Maximilian
A.S.V.	KALTERER FUSSBALL	Bernard Jakob, Trocker Patrick
S.V.	LATSCH	Weiss Samuel
D.F.C.	MAIA ALTA OBERMAIS	Klotzner Jakob
A.S.D.	OLIMPIA MERANO	Fedel Lorenzo, Reale Gioele
A.S.V.	PARTSCHINS RAIFF.	Humml Maximilian, Kuppelwieser Matthias, Zischg David
U.S.D.	SALORNO RAIFF.	Agovic Dino
S.C.D.	ST. GEORGEN	Calcagnile Domenico, Villgrater Leo
S.V.	STEINEGG RAIFF.	Marschall Ivan
A.S.V.	VAHRN	Hofer Marvin
S.C.	VAL PASSIRIA	Pacella Fabian
A.C.D.	VIRTUS BOLZANO	Bruzzese Samuel, Maschi Davide, Prando Nicolò, Zeni Mattia

Consigliere / Vorstandsmitglied:  
Selezionatore / Auswahltrainer:  
Collaboratore Tecnico / Mitarbeiter Trainer:  
Medico / Arzt:  
Collaboratori / Mitarbeiter:

SGARBI VELEO  
OBRIST MANUEL  
CREPAZ WOLFGANG  
CASTREJON JOSE  
CRISCUOLO VINCENZO, FABRIS MATTEO,  
VIEHWEIDER ANDREAS

**I calciatori convocati dovranno inoltrare via mail a [combolzano@lnd.it](mailto:combolzano@lnd.it) entro lunedì 31/05/2021 l'eventuale disdetta motivata.**

**Die einberufenen Fußballspieler müssen mittels mail [combolzano@lnd.it](mailto:combolzano@lnd.it) innerhalb Montag 31/05/2021 eine eventuelle begründete Absage mitteilen.**

# MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

In caso di atleti minori: genitore di

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

## DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### Eventuale esposizione al contagio

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ulteriori dichiarazioni \_\_\_\_\_

- in caso di soggetto che ha avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19 -, dichiara di aver seguito i protocolli delle Autorità Sanitarie Competenti (vedi "Circolare Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" e eventuali successivi aggiornamenti) e di aver ottenuto nuovamente l'idoneità all'attività agonistica per lo sport praticato dopo essere stato dichiarato guarito dal Covid-19.

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 inoltre \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_