



FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO
SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

evolution
programme

RADUNO SELEZIONE TERRITORIALE CALCIO+ UNDER 15 FEMMINILE

In preparazione per gli impegni ufficiali della Selezione Territoriale Under 15 Femminile "Dolomiti" le sotto elencate giocatrici sono convocate per una seduta di allenamento:

LUNEDI' 18 OTTOBRE 2021 – ORE 14:00
IMPIANTO SPORTIVO – TRENTO MATTARELLO SINT.

Prima dell'inizio allenamento saranno effettuati i test antigenici da parte della organizzazione incaricata dalla FIGC (Federlab).

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SOCIETA'
BREITENBERGER	ALMA	02/05/2006	ASD.SSV BRIXEN OBI
COSTISELLA	TINA	12/04/2007	ASD.SSV BRIXEN OBI
GOSTNER	MARA	23/01/2007	ASD.SSV BRIXEN OBI
HOXHA	SAMANTA	29/03/2007	ASD.SSV BRIXEN OBI
PUTZER	MAGDALENA	28/07/2007	ASD.SSV BRIXEN OBI
RABANSER	MARIA ANNA	24/09/2007	ASD.SSV BRIXEN OBI
GROSSGASTEIGER	ANNALENA	31/01/2007	ASV.FFC PUSTERTAL
NOCKER	GRETA	15/06/2006	ASV.FFC PUSTERTAL
PACE	ISABEL	17/07/2006	U.S. ISERA
PACE	MELISSA	17/07/2006	U.S. ISERA
PISONI	SARA ISABEL	08/03/2006	U.S. ISERA
VERONESI	MARTINA	06/02/2006	U.S. ISERA
HUBER	JANA	02/03/2007	S.C.D. ST. GEORGEN
GHIRARDELLO PICHLER	EMMA	06/12/2006	F.C. SÜDTIROL S.R.L.
GRUBER	LENA	28/12/2006	F.C. SÜDTIROL S.R.L.
PLOTEGHER	ELISA	16/10/2007	F.C. SÜDTIROL S.R.L.
BALDO	ANNA	30/01/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.
DAOLI	EMMA	07/10/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.
OSS	TAMARA	25/04/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.
SADLER	ALESSIA	07/06/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.
LUCCHETTA	FIAMMA	07/06/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.
MICLET	ILARIA	01/09/2006	A.S.D. TRENTO CALCIO FEMM.

STAFF PRESENTE:

Responsabile Organizzativo:	Manuela Boito
Tecnico:	Daniele Pinsi
Assistente Tecnico:	Denise Ferraris
Medico:	Gabriele Maffei
Psicologo:	Martina Segato

PRECISAZIONI:

- la seduta di allenamento si svolgerà nel pieno rispetto di tutte le normative e di tutti i protocolli in vigore;
- l'allenamento verrà svolto in forma collettiva; verrà redatto e costantemente aggiornato il registro presenze circa gli ingressi di calciatrici, calciatori e membri dello staff presso l'impianto sportivo sede dell'allenamento;
- all'ingresso dell'impianto sportivo tutti i partecipanti dovranno indossare la mascherina chirurgica e verrà applicato il protocollo sanitario di applicazione delle Linee Guida per lo svolgimento di attività motoria;
- se non già consegnato, sarà OBBLIGO consegnare al responsabile Organizzativo il certificato aggiornato della visita medica in corso di validità; per chi avesse contratto il Covid si ricorda la necessità di portare il certificato medico della visita suppletiva di idoneità alla pratica sportiva;
- 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;
- si ricorda che verrà effettuata la rilevazione della temperatura corporea e, qualora la stessa fosse superiore a 37,5° non sarà consentito l'accesso alla struttura;
- i convocati dovranno presentarsi puntuali muniti e già vestiti di proprio abbigliamento e materiale di gioco (parastinchi, scarpe ginniche e scarpe dal calcio) e con borraccia per dissetarsi.

Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.

Laboratorio di Analisi Cliniche

Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28

Sedi Operative:

- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968

Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Diamo valore all'esperienza

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

Residente in _____ via _____,

Tel _____ E-mail _____ in qualità di

INTERESSATO

TUTORE di _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

DICHIARO

di aver ricevuto, l'informativa dal **Medico Sociale**, con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in caso di positività, e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'esecuzione del seguente esame:

Test sierologico ricerca degli anticorpi IgM – IgG SARS-CoV-2

Test molecolare SARS-CoV-2

Test antigenico rapido

(Luogo) _____ (Data)

(Firma)

(Nome, Cognome Operatore)

(Firma Operatore)

Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.

Laboratorio di Analisi Cliniche

Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28

Sedi Operative:

- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968

Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Diamo valore all'esperienza

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

TUTORE di

Dati Minore _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

PREMESSO

Che ho ricevuto, copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali da parte del **Medico Sociale**, e ho preso atto del contenuto della stessa;

che sono a conoscenza che i singoli consensi possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione al titolare del trattamento dei dati, senza compromettere la legalità del trattamento effettuato fino al momento della revoca;

Tanto premesso

CONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo)

(Data)

(Firma)

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente in _____ via _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente in _____ via _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica in scadenza in data ____/____/____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37.5°C	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori Muscolari	SI	NO
Congestione Nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

Diagnosi accertata di SARS-CoV-2

Caso positivo asintomatico	SI	NO
Caso positivo sintomatico	SI	NO
Caso positivo a lungo termine	SI	NO

Ulteriori dichiarazioni nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

Ulteriori Dichiarazioni

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 _____