

## 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:

**MARTEDI' 01 MARZO 2022**  
**Ore 14.00 (inizio allenamento)**  
**Presso il Centro Federale Territoriale di EGNA sint.**

COGNOME	NOME	SOCIETA'	DATA NASCITA
BERTOLDI	SAMANTHA	ASD TRENTO	02/03/2007
BLAAS	LARISSA	ADFC RED LIONS	07/03/2007
BONFANTI	MARTINA	ASD TRENTO	31/05/2008
CAVALLORO	LAURA	USD LEVICO TERME	08/12/2008
COMANDELLA	ALESSIA	US ISERA	18/05/2007
COSTISELLA	TINA	ASD SSV BRIXEN OBI	12/04/2007
DE BERTOLI MORANDI	MARICA	RIVA DEL GARDA	29/04/2008
FASSAN	MADDALENA	ASD TRENTO	23/10/2007
GOSTNER	MARA	ASD SSV BRIXEN OBI	23/01/2007
GROSSGASTEIGER	ANNALENA	ASV FFC PUSTERTAL	31/01/2007
HAJZERI	SUEMI	ASD SSV BRIXEN OBI	24/09/2008
HARRASSER	NINA	ASV FFC PUSTERTAL	24/04/2008
HUBER	JANA	SCD ST.GEORGEN	02/03/2007
LUCCHI	AZZURRA	ASD PREDALIA	01/01/2008
MARCHER	EMMA	ASV FFC PUSTERTAL	06/06/2008
NIGG	THERESA MARIE	FC SUDTIROL SRL	01/10/2007
PAISSAN	ELISA	ASD TRENTO	26/01/2007
PALLA	JOHANNA	FC SUDTIROL SRL	10/02/2007
PELLEGRINI	GIULIA	ASD TRENTO	19/07/2008
PLOTEGHER	ELISA	FC SUDTIROL SRL	16/10/2007
PUTZER	MAGDALENA	ASD SSV BRIXEN OBI	28/07/2007
QUADRACCIA	GAIA	FC SUDTIROL SRL	27/05/2008
QUADRIO	VALENTINA	FC SUDTIROL SRL	25/02/2007
RABANSER	MARIA	ASD SSV BRIXEN OBI	24/09/2007
RABENSTEINER	NORA	ASG BARBIAN VILLANDERS	28/11/2007
SANTIFALLER	GRETA	ASD FFC PUSTERTAL	23/08/2007
SCARAZZINI	VITTORIA	ACD PINZOLO VALRENDENA	19/12/2008
SILLER	JULIA	ASD SSV BRIXEN OBI	07/11/2007
TRICHES	LUCREZIA	ASD KERALPEN BELLUNO	30/07/2008
VON HELLBERG	MARILENE	FC SUDTIROL SRL	26/06/2008
WALDBOTH	NADIA	ASD SSV BRIXEN OBI	02/06/2007
WOLF	THERESA VIKTORIA	DFC MAIA ALTA OBERMAIS	31/01/2007

## **STAFF PRESENTE:**

Team Manager:	Manuela Boito
Tecnico:	Andrea Campolattano
Assistente Tecnico:	Giulia Agostini
Assistente Tecnico:	Denise Ferraris
Allenatore Portieri:	Patrizio Guarnieri
Preparatore Atletico:	Chiara Tulumello
Medico:	Gabriele Maffei
Psicologa:	Martina Segato

## **PRECISAZIONI:**

- la seduta di allenamento si svolgerà presso il Centro Federale Territoriale di Egna nel pieno rispetto di tutte le normative e di tutti i protocolli in vigore;
- per la partecipazione al suddetto allenamento tutte le giocatrici dovranno essere in possesso Green Pass Rafforzato.
- **Prima dell'inizio allenamento saranno effettuati i test antigenici da parte della organizzazione incaricata dalla FIGC.**
- 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;

## Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.

Laboratorio di Analisi Cliniche

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

Sedi Operative:

- PAGANI 84036 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

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI	NO
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI	NO
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
<b>CONTATTI</b> 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 \_\_\_\_\_