

Raduno Selezione Territoriale Calcio + Under 15 Femminile – Martedì 26 Aprile 2022



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' 26 APRILE 2022
Ore 14.00 (inizio allenamento)
Presso il Campo Sportivo di Egna sint.

COGNOME	NOME	SOCIETA'	DATA NASCITA
BERTOLDI	SAMANTHA	ASD TRENTO	02/03/07
BONFANTI	MARTINA	ASD TRENTO	31/05/08
CAVALLORO	LAURA	USD LEVICO TERME	08/12/08
COMANDELLA	ALESSIA	US ISERA	18/05/07
COSTISELLA	TINA	ASD SSV BRIXEN OBI	12/04/07
DE BERTOLI MORANDI	MARICA	RIVA DEL GARDA	29/04/08
FASSAN	MADDALENA	ASD TRENTO	23/10/07
GROSSGASTEIGER	ANNALENA	ASV FFC PUSTERTAL	31/01/07
HAJZERI	SUEMI	ASD SSV BRIXEN OBI	24/09/08
HUBER	JANA	SCD ST.GEORGEN	02/03/07
LOCATELLI	OLIVIA	ALTA VALSUGANA	23/03/08
LUCCHI	AZZURRA	ASD PREDALIA	01/01/08
MARCHER	EMMA	ASV FFC PUSTERTAL	06/06/08
NIGG	THERESA MARIE	FC SUDTIROL SRL	01/10/07
PAISSAN	ELISA	ASD TRENTO	26/01/07
PELLEGRINI	GIULIA	ASD TRENTO	19/07/08
PLOTEGHER	ELISA	FC SUDTIROL SRL	16/10/07
PUTZER	MAGDALENA	ASD SSV BRIXEN OBI	28/07/07
QUADRIO	VALENTINA	FC SUDTIROL SRL	25/02/07
RABANSER	MARIA	ASD SSV BRIXEN OBI	24/09/07
RABENSTEINER	NORA	ASG BARBIAN VILLANDERS	28/11/07
SARTORI	LIA	CALAVINO	18/02/08
SCARAZZINI	VITTORIA	ACD PINZOLO VALRENDENA	19/12/08
SILLER	JULIA	ASD SSV BRIXEN OBI	07/11/07
WOLF	THERESA VIKTORIA	DFC MAIA ALTA OBERMAIS	31/01/07

STAFF PRESENTE:

Team Manager:	Manuela Boito
Selezionatore:	Andrea Campolattano
Collaboratrice Tecnica:	Giulia Agostini
Collaboratrice Tecnica:	Denise Ferraris
Preparatore Portieri:	Patrizio Guarnieri
Preparatrice Atletica:	Chiara Tulumello
Medico:	Gabriele Maffei
Psicologa:	Martina Segato

PRECISAZIONI:

- la seduta di allenamento si svolgerà nel pieno rispetto di tutte le normative e di tutti i protocolli in vigore;
- **per l'utilizzo degli spogliatoi si dovrà essere in possesso del GREEN PASS RAFFORZATO valido.**
- **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

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tamponi positivi)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tamponi)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tamponi)	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 _____