

N° 07 - 06 Giugno 2021
TUTTE LE DISCIPLINE

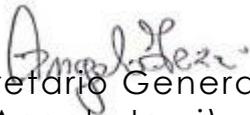
SCHEDA TRIAGE E MODULO CONSENSO INFORMATO

Il presente documento, vista la grande richiesta da parte dei partecipanti ad ogni singolo campionato, riporta la modulistica necessaria per l'accesso agli impianti di gara:

- "SCHEDA TRIAGE" PER L'ACCESSO A TUTTI GLI IMPIANTI
(da stampare a cura delle Società o degli interessati necessaria per ogni singolo ingresso)
- CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEI TAMPONI IN SEDE
(da stampare a cura delle Società o degli interessati necessaria per ogni singolo ingresso)

Questo comunicato, come tutti i comunicati delle discipline riguardanti le gare e ogni altra informazione utile è disponibile su:

www.italianrollergames.it


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

CONSENSO INFORMATO TEST RAPIDO da CAMPIONI ORO-RINO-FARINGEI per nuovo Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Io sottoscritto/a _____,
nato/a il ____/____/____ a _____
Prov. (____), C. F. _____,
Residente in _____ Prov. (____) CAP
_____, Via _____ n. _____
Tel. _____, E-mail _____,
in qualità di genitore/tutore di _____,
nato/a il ____/____/____ a _____
Prov. (____), C. F. _____,
Residente in _____ Prov. (____) CAP
_____, Via _____ n. _____

DICHIARO:

- di aver preso visione del materiale informativo relativo alle misure di sicurezza anti-Covid presente nella pagina dedicata alla FISR sul sito dell'azienda fornitrice Twin Helix <https://www.twinhelix.eu/it/landing/fisr>, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi;
- di essere a conoscenza che il test verrà effettuato da personale sanitario debitamente formato;
- di comprendere che la finalità del test è di consentire il controllo degli accessi alla struttura, sulla base della negatività del risultato, al fine di tutelare la salute degli individui e della collettività ed evitare il diffondersi del contagio;
- di comprendere che un eventuale esito negativo consentirà l'accesso alla struttura, mentre un eventuale esito positivo comporterà la richiesta di allontanamento dalla struttura stessa. L'eventuale esito positivo sarà comunicato al solo interessato, il quale assumerà su di sé l'onere di attuare i protocolli previsti dalle normative vigenti;
- di essere a conoscenza del fatto che i campioni e i dati raccolti saranno trattenuti esclusivamente per il tempo necessario a determinare l'esito del test;
- di essere consapevole che l'ingresso è consentito solo ed esclusivamente a seguito di negatività certificata

Pertanto

- Presto il consenso all'esecuzione del test accettandone i relativi limiti intrinseci

 SI

 NO

- Autorizzo espressamente la FISR al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge, inclusi i dati di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679, "relativi alla salute";

 SI

 NO

Data ____/____/____

Firma del dichiarante (o del genitore/tutore se minorenni)

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

Esito tampone NEGATIVO

 SI

 NO