



Con il contributo della
 FONDAZIONE
 CASSA DI RISPARMIO
 DI TERNI E NARNI


Confisport Italia A.P.S.S.D.
 Forum Europeo delle Associazioni, Sportive, Culturali e del Tempo Libero

30
 ANNIVERSARY

Viviamo di acqua e in acqua!



*Manifestazione di Nuoto, Nuoto Sincronizzato
 e Pallanuoto con visita alle Cascate delle Marmore*

18 settembre 2021

PROGRAMMA **Nuoto Sincronizzato**

PISCINE DELLO STADIO
Viale dello Stadio, 40 - Terni



SEDE NAZIONALE
 Viale Salvatore Rebecchini, 17 - 00148 Roma
 Tel: 06.55282936 - 06.5506622
 Fax: 06.94809036
 info@confisportitalia.it - info@pec.confisportitalia.it
 www.confisportitalia.it
 CF/P.Iva: 04148341003
 Cod. SDI: HRMJETW


Prefettura di Roma
 Ufficio Territoriale del Governo
 Iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche
 ai sensi del D.P.R. 10 febbraio 2000, n.361
 Numero di iscrizione 1139/2016

 **REGIONE LAZIO**
 Iscritta nel Registro delle
 Associazioni di Promozione Sociale
 n. 713 - Det. N. D4535 del 14/12/2006



“VIVIAMO DI ACQUA E IN ACQUA”

Piscine dello Stadio – Terni

18 Settembre 2021

SEZIONE NUOTO SINCRONIZZATO

Il Campus si terrà dalle ore 9:00 alle ore 12:30:

Le partecipanti verranno suddivise in concentramenti.

Gli allenamenti si terranno sia in acqua che a terra.

DOCENTI:

Lorena Zaffalon

Olimpionica di Nuoto Sincronizzato e Direttrice Tecnica Nazionale della Confsport Italia APSSD;

Elisa Bianchi

Olimpionica di Ginnastica Ritmica;

Laura De Renzis

Tecnico della Federazione Italiana Nuoto;

La partenza per le Cascate delle Marmore è prevista alle ore 14:30.

E' TASSATIVAMENTE VIETATO ENTRARE SUL BORDO VASCA PER LE PERSONE NON AUTORIZZATE.

Il programma potrà subire variazioni in base alle condizioni atmosferiche.

Si prega la massima collaborazione delle istruttrici che accompagneranno le ragazze al Campus.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000
(la presente autodichiarazione deve essere firmata da ambedue i genitori per gli atleti minorenni)

La sottoscritta _____, nata il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____, identificata a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____ , utenza
telefonica _____, mail _____ consapevole
delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> di essere | <input type="checkbox"/> non essere affetto da COVID-19; |
| <input type="checkbox"/> di essere | <input type="checkbox"/> non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie; |
| <input type="checkbox"/> di essere | <input type="checkbox"/> non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni; |

consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere all'impianto se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto)

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da linee guida istituzionali che mi sono state fornite.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data _____

Firma

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mia figlia minore.

Firma padre _____ Firma madre _____

AUTOCERTIFICAZIONE resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

da consegnare agli organizzatori delle competizioni/manifestazioni del Calendario ASI/ConfSport Italia ASDR 2021

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Luogo e data di nascita

Residente a..... Via/Piazza

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali e civili a cui andrà incontro in caso di false dichiarazioni

per se stesso in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale
di.....
nato/a.....
il
documento di riconoscimento.....

di non essere attualmente sottoposto a vincolo di isolamento/quarantena e di non essere a conoscenza ad oggi di aver contratto infezione da SARS – COV 19

	Si	No
CRITERI EPIDEMIOLOGICI		
E' stato/a sottoposto/a a vaccinazione completa anti Covid19?		
E' stato mai sottoposto/a a vincolo di isolamento o di quarantena?		
E' stato esposto/a a casi sospetti o accertati di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbre associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazione del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ha febbre (TC 37,5° C) insorta da meno di 14 giorni?		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (TC 37,5° C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS – COV-2		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-COV-2 mediante tampone rino-faringeo molecolare?		
In caso di risposta positiva al precedente punto, ha effettuato un tampone rinofaringeo definitivo per SARS-COV-2 risultato negativo e/o ha ricevuto certificazione di guarigione?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-COV-2 che è risultato positivo (IgM e/o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-COV-2 risultato negativo?		
In caso di risposta positiva ai precedenti punti, è in possesso della certificazione alla idoneità sportiva agonistica rinnovata dopo risoluzione dell'infezione o della certificazione "Return to play"?		

- sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità;
- di aver preso visione e rispettato il PROTOCOLLO DI ACCESSO E NORME COMPORTAMENTALI PER LE COMPETIZIONI/MANIFESTAZIONI INSERITE NEL CALENDARIO 2021;
- di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa, ad esclusione delle fasi di allenamento e/o gara;
- di impegnarsi a comunicare via mail alla Società Organizzatrice, all'ASI e alla ConfSport Italia ASDR eventuale positività al SARS – COV 19 che dovesse manifestarsi nei **10 giorni successivi all'evento**

Data.....

Firma leggibile.....

DICHIARAZIONE DI ADEMPIMENTO AL PROTOCOLLO DI SICUREZZA

Resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Denominazione della gara _____

Sede _____

Data _____

Io sottoscritto _____

Titolare della tessera A.S.I./Conf sport Italia A.P.S.S.D./F.I.N. n. _____

Presidente dell'Associazione/Società _____

Codice di Affiliazione _____

DICHIARO

consapevole delle responsabilità penali e civili a cui vado incontro in caso di false dichiarazioni

- 1) Che da parte dell'Associazione/Società da me rappresentata sono state rispettate tutte le prescrizioni sanitarie previste dal Protocollo anti Covid 19 dell'A.S.I. e della Conf sport Italia A.P.S.S.D. **con particolare riferimento al punto 28) del documento denominato "Protocollo di accesso e norme comportamentali per le competizioni/manifestazioni inserite nel Calendario 2021"**.
- 2) Che tutti gli atleti impegnati per la/le gara/e prevista in questa sede hanno compilato il modulo individuale di autocertificazione che verrà consegnato unitamente a questa dichiarazione.
- 3) Che nella sede abituale di allenamento dei suddetti atleti sono state applicate tutte le misure preventive previste dal protocollo federale anti Covid 19.

Data _____

Firma e timbro
