federazione ginnastica d'Italia
Fondata nel 1869 - Ente Morale R.D. 8 settembre 1896 n.CCCLXV

Prot. n. 8950/OT Roma, 14.12.2020

Alle SOCIETA' GINNASTICHE interessate
Ai TECNICI interessati

per quanto di competenza:
Al VICE PRESIDENTE COORDINATORE ATTIVITA'NON OLIMPICHE
Al prof. Roberto CARMINUCCI– DTN/SF
Alla DIREZIONE DEL C.P.O. ONESTI
Al Comitato Regionale "LAZIO"
Al COMITATO CONTROLLI ANTIDOPING CONI

e, per conoscenza:
Ai COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO FEDERALE
Ai COMITATI REGIONALI interessati

OGGETTO: Allenamento collegiale atleti squadra nazionale - Attività Parkour
Roma, 28-29-30 dicembre 2020.

Con la presente si comunica che questa Federazione, su proposta del D.T.N. prof. Roberto Carminucci, ha stabilito di effettuare un allenamento collegiale dei sotto indicati atleti nazionali di Parkour a Roma dal 28 al 30 dicembre 2020.

Al riguardo si comunicano le seguenti informazioni logistiche:

OSPITALITA' (per gli aventi diritto): Hotel dello Sport presso C.P.O. Onesti largo Giulio Onesti 1 – Acquacetosa – Roma.

lunedì 28 dicembre 2020
ore 13:00 arrivo atleti e tecnici e **check-in hotel dello sport**
Ore 13:30 Pranzo in mensa
Ore 15:00 alle 19:00 allenamento
Ore 19:00 alle 20:00 riunione tecnica saletta didattica palestra
Ore 20:30 cena in mensa

Martedì 29 dicembre 2020
Ore 8:00 colazione
Ore 9:00 alle 12:30 allenamento
Ore 13:00 Pranzo in mensa
Ore 14:30 alle 15:30 riunione tecnica saletta didattica palestra
Ore 16:00 alle 19:00 allenamento
Ore 20:00 cena in mensa

Mercoledì 30 dicembre 2020
Ore 8:00 colazione e check - out hotel dello sport
Ore 9:00 alle 13:00 allenamento
Ore 13:30 Pranzo in mensa
Ore 14:00 rientro proprie abitazioni

TECNICI PREPOSTI

CARMINUCCI	ROBERTO - DTN
BISCIAIO	MARCO - REF. TEC. PARKOUR (usufruisce solo dei pasti)
PROTA	ANDREA

ATLETI/E SENIOR/JUNIOR AMMESSI AL RADUNO

BOSSO	ANTONIO ALBERTO	CAMPANIA 2000
DE MARCHI	LUCA	DINAMIC GYM
FERRARO	SERAFINA	CAMPANIA 2000
LICITRA	ROSARIO PIO	NEW SPORT CATANIA
MINISTRINI	DIEGO	ALMA JUVENTUS FANO
PUGNOTTI	MIRCO	GINN. LUGO
RIZZI	DAVIDE	ROMA 70 ROMA
RUSSO	MARIO	CAMPANIA 2000
VICARI	FAUSTO	NEW SPORT CATANIA
VISINTIN	NICHOLAS	DINAMIC GYM

NOTA :
i tecnici ed atleti convocati devono comunicare con urgenza l'eventuale rinuncia alla presente convocazione al prof. Roberto Carminucci
roberto.carminucci@federginnastica.it.

ONERI AMMINISTRATIVI

Tutte le spese di trasferta (viaggio, vitto, alloggio) sono per tutti gli atleti e tecnici a carico della FGI.

ANTIDOPING: Si invitano le Società interessate a prendere visione, nella sezione "Documenti federali" del sito FGI www.federginnastica.it e nella sezione " Nado Italia Antidoping" del sito www.coni.it, della normativa antidoping e della procedura per l'esenzione a fini terapeutici e di avviare quanto ritenuto necessario ed opportuno per regolarizzare la posizione dei propri atleti in riferimento alle suddette norme. **Si invitano, inoltre, tutti gli atleti, a portare sul campo di allenamento un documento di riconoscimento, necessario in caso di controlli antidoping.**

I tecnici e gli atleti che sono stati dotati della fornitura della Ditta "Freddy" devono indossare l'abbigliamento con tale marchio e con lo scudetto FGI durante l'allenamento (sia in palestra che nei momenti di riposo nell'ambito dell'attività sportiva). In caso di eventuali inadempienze in merito, saranno aperti procedimenti di natura giuridico-disciplinare.

I convocati devono presentarsi muniti:

. degli indumenti ginnastici;
. della tessera federale dell'anno sportivo federale in corso comprovante la loro idoneità a praticare l'attività agonistico – sportiva e della tessera sanitaria.

I tecnici preposti sono tenuti a:

. compilare scrupolosamente e sottoscrivere il foglio delle presenze giornaliere nel quale dovranno essere indicate nominativamente le persone presenti;
. accertarsi che gli atleti siano muniti della tessera federale dell'anno sportivo in corso
.verificare l'applicazione del protocollo di sicurezza anti Covid pubblicato sul sito federale .

Si ringrazia della collaborazione e si inviano cordiali saluti.

IL SEGRETARIO GENERALE
(Roberto Pentrella)

In allegato
Autocertificazione.

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto/a

Cognome e Nome_____

Luogo e Data di nascita_____/____/_____

Residente a_____Via_____

Identificato a mezzo_____N°_____

	SI	No
CRITERI EPIDEMIOLOGICI		
È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 21 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 21 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 21 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni 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, alterazioni 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, alterazioni 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 esame molecolare (tampone)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi?		
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 rinofarigeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

☐ **dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.**

☐ **dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.**

☐ **controllo temperatura corporea**

Data

_____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante