



FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY
Comitato Regionale - Sicilia
Via del Rotolo 46 Pal. B sc.b – 95126 Catania
Tel. 095.506287 - fax: 095.506421 - e-mail:
crsiciliano@federugby.it

Catania 24/09/2021

A Tutte le Società interessate
Ai Tecnici: Regionali, TFA e Preparatori fisici

Oggetto: Invito Allenamento Regionale Under 17

Sono lieto di informarti che sei stato invitato alla seguente attività:

<u>data</u>	<u>orario</u>	<u>sede</u>	<u>attività</u>
02/10/2021	<u>Vedi programma</u>	Cus Catania – Via Santa Sofia	<u>allenamento</u>

Per partecipare gli atleti **DEVONO** presentarsi con la massima puntualità muniti di:

- **GREEN PASS CON TAMPONE ALMENO 72 ORE PRIMA (tampone obbligatorio)**
- **AUTOCERTIFICAZIONE COVID 19 (allegata) FIRMATA DA CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA'**
- **AUTORIZZAZIONE FIRMATA (se non accompagnati)**
- **VISITA MEDICA "AGONISTICA" VALIDA**
- **PARADENTI, MATERIALE PERSONALE PER ALLENAMENTO E BORRACCIA.**

N.B. Per motivi organizzativi, vogliate cortesemente comunicare al Comitato la conferma di partecipazione. Per qualsiasi chiarimento contattare:

- il Tecnico Regionale Tito Ciccì al 347 9124335
- il tecnico Giuseppe Costantino al 3518900206
- il Manager de Comitato Rosario Torrisi al 347 582 9582

=====

AUTORIZZAZIONE

Io Sottoscritto/a _____ esercente la Patria Potestà sul minore _____, lo **AUTORIZZO** a partecipare all'attività in oggetto. **DICHIARO** che lo stesso è **IDONEO** alla visita medica agonistica in corso di validità. **AUTORIZZO** F.I.R. - Sicilia, senza nulla a pretendere, alla ripresa, l'utilizzo e la divulgazione di foto- video che raffigurano il minore di cui sopra, in ambiti legati alla promozione del rugby.

Data _____

In fede _____
(firma di chi esercita la Patria Potestà)

IMPORTANTE

Si invitano le Società a prestare la necessaria assistenza ai propri Atleti.

Il Presidente del C.R. Sicilia

Giovanni Saraceno



FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY
 Comitato Regionale - Sicilia
 Via del Rotolo 46 Pal. B sc.b – 95126 Catania
 Tel. 095.506287 - fax: 095.506421 - e-mail:
crsiciliano@federugby.it

Programma:

Giorno	Orario	Campo	Attività
02/10/2021	16.00/18.00	CUS CATANIA	ALLENAMETO

1	CARUSO FOSCO VINCENZO	426203	ASD CUS CATANIA RUGBY
2	PELLEGRINO ROSARIO	614522	ASD CUS CATANIA RUGBY
3	RAVIDA' ANTONIO	639997	ASD CUS CATANIA RUGBY
4	QUALTIERI MARCELLO	560422	ASD CUS CATANIA RUGBY
5	PAGANA KRISTEN	631219	ASD CUS CATANIA RUGBY
6	FAZIO CARMELO DIEGO	692281	ASD CUS CATANIA RUGBY
7	BELLAMACINA DAVIDE	631688	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
8	DI MAURO SALVO	632000	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
9	LA MELA ANDREA	631985	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
10	MIANO LEONARDO SALOMONE	621735	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
11	NISI LUCA GIOVANNI PAOLO	631683	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
12	SABATO SIMONE	646758	ASD SAN GREGORIO CATANIA 1990 RUGBY
13	BOEMI MARIANO	628753	ASD RUGBY LIONS 1971 MESSINA
14	CAVALLARO ARIEL	557092	ASD RUGBY LIONS 1971 MESSINA
15	TORNESI EDOARDO	564580	ASD RUGBY LIONS 1971 MESSINA
16	TRICOMI MILTON	557092	ASD RUGBY LIONS 1971 MESSINA
17	RADULESCU FERNANDO	708443	MESSINA RUGBY 2016 ASD
18	BASILE ANDREA	622642	ASD RUGBY PALERMO
20	MESSINA GIUSEPPE ANTONIO	624734	ASD RUGBY PALERMO
21	RAO PAOLO	664785	ASD RUGBY PALERMO
22	MAGANUCO LUCA	568013	ASD RUGBY PALERMO
23	VESCO ANDREA LIBORIO	549668	ASD RUGBY PALERMO
24	CORSELLI GIULIO	641362	ASD RUGBY PALERMO
25	ALECCI UMBERTO EMANUELE	424429	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
26	BATTAGLIA LORENZO VITTORIO	682282	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
27	D'AMICO VINCENZO	759732	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
28	LEONE KEVIN AUGUSTO	590405	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
29	SALERNO FRANCESCO	700244	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
30	SCIUTO CARMELO	424427	RUGBY CLUB AMATORI CATANIA 1963 ASD
31	CILIA SIMONE	378654	ASD RAGUSA RUGBY UNION

Modulo di Autocertificazione COVID-19

Il sottoscritto **GENITORE**

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Luogo di Nascita	
Data di Nascita	
Comune Residenza	
Indirizzo	
Note	

del **MINORE**

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Luogo di Nascita	
Data di Nascita	
Comune Residenza	
Indirizzo	
Note	

DICHIARA (con riferimento al MINORE)

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stanchezza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal Di Gola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal Di Testa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolori Muscolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congestione Nasale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nausea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Vomito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio

Contatti con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Ulteriori Dichiarazioni

Il sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.

Data

Firma

--	--