



COMITATO PROVINCIALE FIPSAS LATINA

Via Umberto I n. 100 – 04100 LT

CAMPIONATO PROVINCIALE A COPPIE DI PESCA CON CANNA DA NATANTE 2022

Modulo di Iscrizione

La Società _____

Sede in _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Cell. _____ / _____

Regolarmente affiliata alla FIPSAS per l'anno in corso, CHIEDE di essere iscritta a partecipare alla manifestazione sopra detta.

La Società sarà rappresentata da:

Coppia A) _____ Tess. Federale/Atleta _____

A) _____ Tess. Federale/Atleta _____

Coppia B) _____ Tess. Federale/Atleta _____

B) _____ Tess. Federale/Atleta _____

Coppia C) _____ Tess. Federale/Atleta _____

C) _____ Tess. Federale/Atleta _____

Coppia D) _____ Tess. Federale/Atleta _____

D) _____ Tess. Federale/Atleta _____

Coppia E) _____ Tess. Federale/Atleta _____

E) _____ Tess. Federale/Atleta _____

Il sottoscritto, Presidente della Società, dichiara, in nome proprio e dei concorrenti di accettare le norme contenute nella Circolare Normativa 2022, nonché nel Regolamento Particolare della Manifestazione, sollevando da ogni qualsiasi responsabilità inerente alla partecipazione alla competizione la F.I.P.S.A.S., il Comitato Provinciale, gli Ufficiali di Gara e gli Organizzatori.

A tale scopo allega il contributo per l'iscrizione fissato in € 40,00 (quaranta/00) per ogni Coppia, ogni prova.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ consapevole
che
chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (artt. 46/47 D.P.R. 445/2000)

dichiara, sotto la propria responsabilità:

di essere stato affetto da COVID-19 e, in caso affermativo, di essere in possesso di certificato di guarigione datato _____ di certificazione di idoneità agonistica o attestazione di ritorno all'attività agonistica datata _____	SI	NO
di essere sottoposto alla misura della quarantena	SI	NO
di presentare alla data di sottoscrizione della presente autodichiarazione sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, etc.) o altri sintomi influenzali, consapevole che, in caso affermativo, non potrà accedere se non in possesso di un certificato di guarigione della certificazione di idoneità agonistica o attestazione di ritorno all'attività agonistica	SI	NO
di essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni e, in caso affermativo, indicare la data dell'ultimo giorno di isolamento fiduciario _____	SI	NO
di aver ricevuto dal personale FIPSAS o dalla Società incaricata puntuale informazione circa i protocolli di prevenzioni COVID -19 e le norme di comportamento	SI	NO

consapevole che, in caso di risposta affermativa, non potrà accedere agli Impianti sportivi o ai locali presso i quali è programmata l'attività della FIPSAS se non in possesso di un certificato di guarigione e della certificazione di idoneità agonistica o attestazione di ritorno all'attività agonistica. **Si impegna** ad informare il medico federale a non accedere agli Impianti sportivi o ai locali federali 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).

Si impegna a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui il sottoscritto/la sottoscritta è a conoscenza. Nel caso di manifestazione avente luogo in un impianto sportivo, **autorizza** la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso il suddetto impianto o locale federale, ai fini della prevenzione del contagio da COVID-19.

Dichiara altresì che il sottoscritto partecipa all'attività in qualità di Atleta spontaneamente e su base volontaria e pertanto manleva ed esonera da ogni e qualsiasi responsabilità la FIPSAS ed i suoi dipendenti, addetti o incaricati da ogni caso di contagio da COVID-19 che si dovesse verificare a seguito della partecipazione all'attività federale di cui si tratta.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Firma del genitore (nel caso in cui il dichiarante sia minorenne) _____

Campo Gara Terracina
Coordinate geografiche

A _____ *B*

C _____ *D*

- A) Lat. $41^{\circ}16.000'$ N; $13^{\circ}13.000'$*
- B) Lat. $41^{\circ}16.000'$ N; $13^{\circ}16.000'$*
- C) Lat. $41^{\circ}14.800'$ N; $13^{\circ}13.000'$*
- D) Lat. $41^{\circ}14.800'$ N; $13^{\circ}16.000'$*