

Roma, 30 settembre 2020

Comunicato Ufficiale N. 007 – Stagione 2020/2021

Calendario Coppa Italia Round 1

Coppa Italia Femminile Girone E

Squadre partecipanti:

UH Capitolina, Lazio Hockey, Hockey Potentia

(Le prime 2 squadre si qualificano al Round 2, la terza va alla Coppa Italia II)

DTC: Cesare Cofanelli

Designatore Arbitri: Giampiero Fazzi

Arbitri: Acri P., Curto R., Fazzi G., Flamini. W, Manelli E.

Giudice di Concentramento: Avv. Alessandro Fanfani (in collegamento telefonico)

DATA	ORARIO	CAMPO	INCONTRO	
04.10.2020	10.00	Tre Fontane	UH Capitolina – Lazio Hockey	
04.10.2020	13.00	Tre Fontane	UH Capitolina – Hockey Potentia	
04.10.2020	16.00	Tre Fontane	Lazio Hockey – Hockey Potentia	

Girone all'italiana di sola andata

Calendario Coppa Italia Round 1

Coppa Italia Maschile Girone E

Squadre partecipanti: ASD H. Campagnano, HC Mogliano

Designatore Arbitri: Giampiero Fazzi

Arbitri: Mastrogiacomo R., Tolomei A.

Andata

DATA	ORARIO	CAMPO	INCONTRO	
04.10.2020	15.30	Campagnano	ASD H. Campagnano – HC Mogliano	

Tutte le partite si svolgeranno con la formula dei 2 tempi da 35' con intervallo di 10' e interruzione obbligatoria di 2' ad ogni metà tempo, per decretare la vincitrice in caso di parità, si procederà come da RGC

Protocollo COVID

Seguendo le direttive del CU n. 9 FIH, OGNI atleta, dirigente, allenatore o qualsiasi altra figura autorizzata all'ingresso sul campo di gioco o sulle panchine, dovrà tassativamente presentare l'autocertificazione allegata. Tale autocertificazione dovrà essere conservata per almeno 14 giorni dal DTC (nel caso della C. I. femminile) o da un Dirigente dell'ASD H. Campagnano (per la C.I. maschile) in quanto Società Ospitante.

All'ingresso dovrà essere misurata la temperatura che dovrà essere non superiore a 37,5°.

**Il Responsabile
del SAN LAZIO**

Andrea Cristofari

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2**

(Da visionare da parte del Medico sociale o del Medico di riferimento)

NOME _____ COGNOME _____

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA.....
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica)

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- Febbre > 37°,5 SI___ NO___
- Tosse SI___ NO___
- Stanchezza SI___ NO___
- Mal di gola SI___ NO___
- Mal di testa SI___ NO___
- Dolori muscolari SI___ NO___
- Congestione nasale SI___ NO___
- Nausea SI___ NO___
- Vomito SI___ NO___
- Diarrea SI___ NO___
- Perdita di olfatto e gusto SI___ NO___
- Congiuntivite SI___ NO___
-

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID19 (tampone positivo) SI___ NO___

CONTATTI CON CASI SOSPETTI SI___ NO___

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI___ NO___

CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI___ NO___

CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI___ NO___

PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? SI___ NO___

FREQUENTATI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI___ NO___

Se si dove: IN PROVINCIA __ IN REGIONE __ IN ITALIA __ ALL'ESTERO __

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO
POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

.....
Io sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la 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.

Autorizzo _____ 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 _____ firma _____