Federazione Italiana Hockey
Settore Agonistico Nazionale
SAN LAZIO

Roma, 3 marzo 2021

Comunicato Ufficiale N. 044 – Stagione 2020/2021

Calendario Coppa Italia Round 3

Coppa Italia Maschile Girone Q

Squadre partecipanti:

Lazio Hockey, HC Eur, HC Olimpia TSS

Campo di gioco: Roma – Euroma Stadium

Organizzazione: Lazio Hockey/ASD Tevere Eur

La vincente più le due migliori seconde (tra tutti i Gironi), saranno qualificate al R4. (in caso di parità fra tre o più seconde si procederà a sorteggio, secondo le consuete modalità).

DTC: **Andrea Cristofari**

Designatore Arbitri: **Giampiero Fazzi**

Giudice di Concentramento: **Dott. Davide Labriola (in collegamento telefonico)**

DATA	ORARIO	CAMPO	INCONTRO	
07.03.2021	11.30	Euroma Stadium	Lazio Hockey – HC Eur	
07.03.2021	14.30	Euroma Stadium	HC Eur - HC Olimpia TSS	
07.03.2021	16.30	Euroma Stadium	Lazio Hockey – HC Olimpia TSS	

ORARI DEFINITIVI

Responsabile S.A.N. LAZIO: *Andrea Cristofari*
Tel. *328/6476327 - **e-mail:** sanlazio@federhockey.it*
Partita Iva 01384511000 – Cod. Fiscale 05288960585

ITALIA FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

Federazione Italiana Hockey
Settore Agonistico Nazionale
SAN LAZIO

Tutte le partite si svolgeranno con la formula dei 2 tempi da 35', **per decretare la vincitrice in caso di parità, si procederà come da RGC.**

Protocollo COVID

Seguendo le direttive del CU n. 9 FIH e alla Circ. n. 6 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 Responsabile Sicurezza dell'Impianto.
All'ingresso verrà misurata la temperatura che dovrà essere inferiore a 37,5°.

Il Responsabile
del SAN LAZIO

Andrea Cristofari

Responsabile S.A.N. LAZIO: *Andrea Cristofari*
Tel. *328/6476327 - **e-mail:** sanlazio@federhockey.it*
Partita Iva 01384511000 – Cod. Fiscale 05288960585

ITALIA FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

AUTOCERTIFICAZIONE SHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE 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 sì dove: IN PROVINCIA ___ IN REGIONE ___ IN ITALI ___ 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 FIH 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 dalla normativa nazionale vigente.

Data ..... Firma .....