

# Federazione Italiana Giuoco Handball



**PALLAMANO**  
**DISCIPLINA OLIMPICA**

**Segreteria Generale**

**Roma, 30 gennaio 2021**

**Circolare n. 2/2021**

Alle Società Affiliate  
Agli atleti e tecnici  
Ai Signori Consiglieri Federali  
Ai Signori Revisori dei Conti  
Ai Comitati e Delegazioni Regionali  
Alle Delegazioni Provinciali  
Ai Settori Federali  
LORO INDIRIZZI

Oggetto: *Selezione atleti categoria Under 17 maschile.*

Si comunica che, sulla base della programmazione predisposta dal Settore Tecnico Squadre Nazionali in coordinamento con le strutture territoriali, la Federazione ha programmato un ciclo di incontri di selezione riservato agli atleti appartenenti alla categoria Under 17 maschile, selezionati sulla base delle valutazioni formulate dai Tecnici di Area.

Gli appuntamenti – che si realizzeranno tutti nell'arco di una sola giornata – programmati per tali selezioni zonali sono, fatte salve eventuali successive modifiche, i seguenti:

03 Febbraio - Area 9 – Mascalucia (CT)

04 Febbraio - Area 9 – Petrosino (TP)

10 Febbraio - Area 1 – (sede da definire)

11 Febbraio - Area 2 – Leno

15 Febbraio - Area 4 – Salsomaggiore

16 Febbraio - Area 3 – Torri di Quartesolo

21 Febbraio - Area 6/7/8/10 – Chieti

Data e sede da definire – Area 5

In relazione alle vigenti misure in materia di emergenza sanitaria, gli atleti selezionati dovranno obbligatoriamente presentarsi in possesso di un tampone molecolare o antigenico negativo, certificato da una azienda sanitaria ovvero da un medico ed effettuato al massimo nelle 72 ore precedenti la data dello stage.

Gli stessi atleti dovranno altresì consegnare i tre documenti già previsti dalla Circolare n. 46 del 5 agosto 2020, debitamente sottoscritti ove previsto anche da chi esercita la potestà o tutela sugli stessi, che vengono allegati ad ogni buon fine alla presente circolare.

Presso ognuna delle sedi sopra indicate sarà presente ed operativo un Responsabile Covid che, oltre a rilevare la temperatura corporea di ciascun partecipante allo stage, provvederà a tutti gli adempimenti prescritti dal protocollo federale in vigore.

Cordiali saluti.

Il Segretario Generale  
Adriano Ruocco



## Allegato 1 – CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in

Via \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SONO CONSAPEVOLE CHE

- la diffusione del Coronavirus COVID-19 e ancora in corso e che è stato dichiarato uno stato di pandemia mondiale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
- le attuali conoscenze scientifiche sul SARS-CoV-2 sono ancora incomplete
- la diffusione del virus avviene per via aerea con le goccioline del respiro (*droplets*) e per contatto da persona a persona e che il virus è dotato di elevata contagiosità, di conseguenza le Autorità sanitarie italiane raccomandano di mantenere il distanziamento sociale
- data la natura del virus, esiste un rischio di infezione da COVID-19 che potrei contrarre a seguito della frequentazione di ambienti chiusi (es. palestra) in presenza di altre persone
- i test attualmente disponibili per COVID-19 in alcuni casi potrebbero non rilevare il virus e che talvolta le infezioni hanno un decorso completamente asintomatico pertanto alcune persone che potrei frequentare potrebbero essere contagiose senza esserne a conoscenza
- che la FIGH ha predisposto un protocollo atto a ridurre il rischio di contagio sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, delle linee guida e delle disposizioni delle Autorità competenti ma che potrei comunque contrarre l'infezione da COVID-19
- se dovessi essere contagiato dal COVID-19 potrei essere sottoposto ad una quarantena, ad un autoisolamento, a test aggiuntivi o a ricovero in ospedale

Consapevole di tutto quanto su esposto decido volontariamente ed in piena autonomia di entrare nella palestra/palazzetto/sito sportivo \_\_\_\_\_ sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ al solo scopo di riprendere l'attività sportiva attenendomi scrupolosamente a quanto disposto dalle Autorità competenti e dalla FIGH.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

***In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi i genitori***

## Allegato 2 - AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in

Via \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;
- di non avere in atto e non avere avuto nelle ultime settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono risultate affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.)

In fede

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi i genitori*

*Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*

*La presente autodichiarazione deve essere portata con sé unitamente ad un documento d'identità.*

***Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al Medico Sociale e deve sospendere immediatamente l'attività***

### Allegato 3 – QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_

1. Dove hai trascorso/ stai trascorrendo l'isolamento \_\_\_\_\_
  
2. Sei entrato/a in stretto contatto (a meno di 2 metri di distanza o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19? SI NO
  
3. Hai effettuato il tampone per COVID-19? SI NO  
Se Sì, con quale esito? \_\_\_\_\_
  
4. Sei stato/a sottoposto/a ad un "isolamento domiciliare fiduciario"? SI NO
  
5. Sei stato/a ricoverato/a per infezione da COVID-19 sospetta o accertata? SI NO
  
6. Negli ultimi 60 giorni sei stato ricoverato per una malattia indipendente dal COVID-19? SI NO  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_
  
7. Negli ultimi 60 giorni hai manifestato uno o più dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, stanchezza, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola? SI NO  
Se sì, specifica quale/i \_\_\_\_\_
  
8. Negli ultimi 60 giorni hai avuto necessità di contattare i numeri di emergenza e/o il medico di base e/o il medico sociale per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19? SI NO
  
9. Negli ultimi 60 giorni sei stato/a in una delle zone rosse? SI NO  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_
  
10. Negli ultimi 60 giorni hai assunto farmaci antivirali o anti-influenzali? SI NO  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_