

Federazione Italiana Giuoco Handball



PALLAMANO
DISCIPLINA OLIMPICA

Segreteria Generale

Roma, 24 febbraio 2021

Circolare n. 9/2021

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: *Coronavirus: nuovo aggiornamento disposizioni relative ai campionati Under 15-Under 13 maschile e femminile.*

La presente circolare costituisce una integrazione della precedente Circolare n. 74 del 16 novembre 2020, sempre alla luce e nel rispetto delle disposizioni contenute nell'ultima versione aggiornata del "Protocollo Covid" (vedere al riguardo la Circolare n. 46 del 5 agosto 2020), e dovrà costituire oggetto di particolare attenzione nello svolgimento delle competizioni ufficiali.

Relativamente ai quattro campionati in oggetto viene introdotto, in analogia a quanto già previsto per i campionati di serie B, Under 19 maschile-Youth League ed Under 17 maschile e femminile, l'obbligo di effettuazione del tampone (antigenico o molecolare).

La comunicazione di negatività relativa a tutti coloro che si intenda iscrivere a referto (giocatori ed ufficiali di squadra) dovrà essere consegnata, utilizzando esclusivamente l'allegato format "Test Covid-19", ai direttori di gara all'atto delle procedure di riconoscimento in occasione di ciascun incontro ufficiale di campionato.



Il suddetto format deve essere sottoscritto sia dal Presidente della società che da un medico, i cui dati di identificazione ed iscrizione al relativo ordine professionale devono essere chiaramente riportati in calce allo stesso.

La dichiarazione del medico, come sopra precisata, deve riportare una data non anteriore a tre giorni prima di quello della gara da disputare.

Qualora una gara sia posta in calendario in data infrasettimanale ed uno o più tesserati partecipanti alla stessa siano già stati sottoposti al test per una gara del fine settimana precedente (in uno qualsiasi dei campionati di serie A1, A2, B, Under 19, Under 17, Under 15 e Under 13), quest'ultimo viene riconosciuto valido a condizione che il medico inserisca nello specifico format il suo nominativo specificando campionato e data nella quale è stato testato.

I direttori di gara devono verificare che tutti i tesserati compresi nel "elenco gara" siano altresì presenti nel format "Test Covid-19" e nel "certificato di tesseramento".

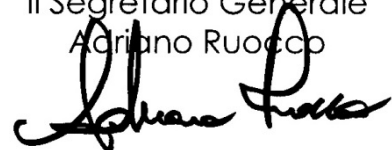
L'iscrizione a referto di soggetti non inseriti nel format "Test Covid-19" non è mai consentita e comunque è equiparata ad una partecipazione a gara da parte di giocatori o ufficiali di squadra in posizione irregolare.

La mancata consegna del format "Test Covid-19" compilato nel rispetto delle indicazioni in precedenza fornite (debitamente sottoscritto e redatto in data non anteriore a tre giorni) non consente l'iscrizione dei tesserati a referto e quindi la disputa dell'incontro, ed è equiparata a rinuncia a gara.

Le presenti disposizioni entrano in vigore a partire da sabato 27 febbraio p.v.

Distinti saluti.

Il Segretario Generale
Adriano Ruocco



TEST COVID-19



CAMPIONATO:

UNDER 15 MASCHILE

UNDER 13 MASCHILE

UNDER 15 FEMMINILE

UNDER 13 FEMMINILE

SOCIETA': _____

DATA DI EFFETTUAZIONE DEL TEST: _____ ORE: _____

SEDE DI EFFETTUAZIONE DEL TEST: _____

METODO DEL TEST: MOLECOLARE ANTIGENICO

MOLECOLARE

Si allegano i referti prodotti dal laboratorio di analisi

Nome e cognome (in stampatello) e firma del Presidente

ANTIGENICO

Dichiaro di aver sottoposto a tampone antigenico - nel giorno ed orario indicati nel presente modulo - i soggetti di cui all'allegato elenco, con il risultato a fianco di ciascuno di essi indicato

Nome e cognome (in stampatello), timbro e firma del medico

La Società conferma di avere sottoposto tutti i giocatori ed ufficiali di squadra riportati nell'allegato elenco a test molecolare ovvero a test antigenico, con il risultato a fianco di ciascuno di essi indicato

Nome e cognome (in stampatello) del Presidente

Data

Firma del Presidente della Società

ELENCO TESSERATI SOTTOPOSTI A TEST MOLECOLARE O ANTIGENICO



Data: _____ Ore: _____ Sede: _____

	GIOCATORI - Cognome e nome	Molecolare	Antigenico	Esito
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

	UFFICIALI DI SQUADRA - Cognome e nome	Molecolare	Antigenico	Esito
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Nome e cognome (in stampatello), timbro e firma del medico

Consegnare le due pagine del presente modulo ed eventuali referti del test molecolare ai direttori di gara insieme all'elenco gara e al certificato di tesseramento