



FEDERAZIONE ITALIANA TIRO DINAMICO SPORTIVO



DISCIPLINA SPORTIVA
ASSOCIATA RICONOSCIUTA
DAL CONI

25068 Sarezzo (BS) – Via Repubblica, 197
Tel. 030/8911092 – Fax 030/8913070
P.IVA: 01712400983 C.F.: 97108900156
E-mail: segreteria@fitds.it <http://www.fitds.it>

Sarezzo, 16 novembre 2020
Prot. CS/ps 00155/2020

Ai Presidenti, ai rappresentanti degli Atleti ed ai rappresentanti dei Tecnici delle ASD
Propri indirizzi PEC

E, p.c.

Alla Corte Federale d'Appello (Avv.ti Ermanno Vaglio, Pietro Paternò di Raddusa e Giampiero Bova)

Al Tribunale Federale (Avv.ti Cristiano De Antoni, Paolo Ravaglioli e Luigi Vessio)

Al Procuratore Federale (Avv. Bruno Nigro)

Al Collegio dei Revisori dei Conti (Rag. Alessandro Latini, dott. Gabriele Brenca e dott. Daniele Molgora)

Propri indirizzi PEC

OGGETTO: Assemblea Nazionale Straordinaria Elettiva 2020 – 22 novembre 2020

Con la presente confermo che, in linea con le disposizioni del CONI, il prossimo 22 novembre si terrà l'Assemblea Nazionale Straordinaria Elettiva della FITDS presso la Sala delle Armi, in Viale dei Gladiatori n. 4 (Roma).

Suggerisco a coloro che saranno impegnati per il trasferimento verso la sede dell'Assemblea di viaggiare muniti della seguente documentazione:

- 1) Convocazione dell'Assemblea Nazionale Straordinaria Elettiva della FITDS;
- 2) Tessera federale valida per l'Anno Sportivo 2020;
- 3) Copia dell'elenco delle ASD affiliate con diritto di voto;
- 4) Copia del calendario eventi e manifestazioni (tra cui è inclusa l'Assemblea in oggetto)

riconosciuti dal CONI di interesse nazionale.

Tutta la documentazione sopra indicata è scaricabile dal sito federale all'interno della sezione dedicata all'Assemblea Straordinaria Elettiva insieme al modulo di autodichiarazione da

compilare in tutte le sue parti necessario per accedere alle postazioni di accredito/verifica poteri (assieme ad un valido documento di riconoscimento).

Richiamo inoltre l'attenzione sulla necessità di compilare on line quanto disposto dalla Regione Lazio per monitorare gli ingressi nel territorio di giurisdizione di coloro che provengono da altre Regioni rintracciabile direttamente al link <https://www.regione.lazio.it/sononellazio/>.

Ricordo a tutti gli interessati di verificare sul Ges.So i dati riguardanti i componenti dei Consigli Direttivi di ciascuna ASD e la corretta rappresentazione degli eventuali Rappresentanti degli Atleti e dei Rappresentanti dei Tecnici. **I dati potranno essere aggiornati entro e non oltre le ore 23 del prossimo 17 novembre.** Dopo di che i dati risultanti dal Ges.So alle ore 23 del 17 novembre 2020 saranno inviati alla società che si occuperà della Verifica Poteri e del voto elettronico. Ai fini del diritto di voto non saranno pertanto consentiti ulteriori modifiche oltre il suddetto termine (e non sarà pertanto consentito l'ingresso a persone diverse da quelle risultanti sul sistema Ges.So).

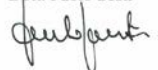
Vi prego di prendere visione del Protocollo di Sicurezza anti contagio Covid 19 che sarà pubblicato nelle prossime ore sul sito federale.

Comunico infine che saranno previsti i seguenti rimborsi spese forfettari:

- a) € 150,00 per le ASD che hanno sede da 100 fino a 300 km dalla provincia di Roma;
- b) € 230,00 per le ASD che hanno sede a distanza superiore a 300 km dalla provincia di Roma.

Con l'occasione invio cordiali saluti.

Il Commissario Straordinario
Dott. Paolo Sesti



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

Il/La sottoscritto/a _____ ,
nato/a il ____ . ____ . ____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____ e
domiciliato/a in _____ (____), via _____,
identificato/a a mezzo _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____ ,
utenza telefonica _____ , consapevole delle conseguenze penali previste
in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

➤ di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti all'adata odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;

➤ di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;

➤ di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art.2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;

➤ che lo spostamento è determinato da:

○ comprovate esigenze lavorative;

○ motivi di salute;

○ altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio;

(specificare il motivo che determina lo spostamento):

_____;

➤ che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato) _____;

➤ con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione) _____;

➤ in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

_____.

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Identificato a mezzo di _____ N° _____

CRITERI EPIDEMIOLOGICI	Si	No
È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ha febbre (T.C. 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni?		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (T.C. 37.5 °C) tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2		
Ho ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tamponi)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e /o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

- dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità;
- dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.
- controllo temperatura corporea

Roma, 22 novembre 2020

Firma leggibile del dichiarante