



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, 19 novembre 2020
Prot. CS/ps 00157/2020

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 – spostamento sede – dettagli operativi.

Comunico che l'Assemblea Nazionale Straordinaria Elettiva della FITDS si terrà (sempre in data 22 novembre 2020) presso il Salone dei Cavalieri dell'albergo "Rome Cavalieri, A Waldorf Astoria Hotel" in Roma Via Alberto Cadlolo n. 101, anziché presso la Sala delle Armi, in Viale dei Gladiatori n. 4.

Rimangono immutati:

➤ l'ordine del giorno:

1. Costituzione Assemblea;
2. Elezione Presidente e Segretario dell'Assemblea; elezione Collegio Scrutatori;
3. Relazione del Commissario straordinario;
4. Elezione alle cariche federali:
 - Presidente federale;
 - N. 5 Consiglieri in rappresentanza degli affiliati;
 - N. 2 Consiglieri in rappresentanza degli atleti;

- N. 1 Consigliere in rappresentanza dei tecnici;
- Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti.

➤ gli orari:

Ore 8:30 – inizio operazioni di verifica poteri degli aventi diritto al voto;

Ore 10:00 – apertura assemblea in prima convocazione;

Ore 11:00 – apertura assemblea in seconda convocazione;

In considerazione invece delle disposizioni ricevute dal CONI e delle defezioni avute, la Commissione Verifica Poteri è così costituita:

- Presidente: Avv. Bruno Nigro
- Componenti effettivi: Avv. Goffredo Titti
Avv. Armando Macrillò

Sarà disponibile un parcheggio scoperto gratuito (situato all'interno del parco dell'albergo, entrando sulla sinistra), con circa 70 (settanta) posti auto oltre ad un garage coperto sotto l'albergo (a pagamento¹).

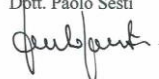
Per coloro che desiderassero eventualmente pernottare nella struttura alberghiera è prevista una tariffa convenzionale di Euro 210.00+ iva 10% per la tipologia di camera “deluxe doppia uso singola” (colazione Americana e Wi-Fi incluso – tassa di soggiorno pari ad Euro 7,00 per persona per notte esclusa); supplemento doppia Euro 40.00 + Iva 10% a persona.

Vi invito a prendere visione del [Protocollo di Sicurezza anti contagio Covid 19](#) sul sito federale. Al riguardo, proprio in considerazione delle disposizioni vigenti, **l'ingresso in assemblea dovrà necessariamente essere limitato agli aventi diritto** (cioè solo i delegati votanti senza possibilità di accedere con eventuali accompagnatori).

Ricordo infine la necessità di arrivare all'ingresso della Sala già muniti delle autocertificazioni (che si allegano nuovamente per comodità) compilate in ogni parte e, per coloro che provengono da altre Regioni, di compilare online il modulo della Regione Lazio (rintracciabile direttamente al link <https://www.regione.lazio.it/sononellazio/>), avendo cura di premunirsi di una copia (in formato .pdf) del proprio documento di identità.

Con l'occasione invio cordiali saluti.

Il Commissario Straordinario
Dott. Paolo Sesti



¹ Il costo è di €. 10,00 per le prime tre ore ed €. 4,00 per ogni ora successiva o frazione di essa (fino ad un massimo di €35,00 per tutta la giornata).

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 alla data 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