



Roma, 28 gennaio 2014

**Atleti interessati**  
**Società affiliate**

**e, p.c. Componenti il Consiglio Federale**  
**Comitato Italiano Paralimpico**

### **Oggetto: Gruppi Nazionali Para Archery 2014 - Aventi Diritto**

Così come deliberato dal Consiglio Federale, riportiamo l'elenco degli Atleti aventi diritto ad essere ammessi ai **Gruppi Nazionali Para Archery 2014** redatto in base ai criteri pubblicati con Circolare Federale n.75/2013.

Gli Atleti che accettano di far parte dei Gruppi Nazionali 2014 dovranno **OBBLIGATORIAMENTE** inviare all'Ufficio Paralimpico Fitarco (Via Vitorchiano 113/115 – 00189 Roma) **entro e non oltre il 10 febbraio 2014:**

- Scheda di accettazione a far parte dei Gruppi Nazionali 2014 (*vedi allegato*)
- 2 foto tessera
- Scheda sanitaria (*vedi allegato*)

L'elenco che segue non costituisce la lista degli effettivi appartenenti ai Gruppi Nazionali 2014, il quale sarà divulgato con successiva ad apposita Circolare Federale appena ricevute le Schede di Adesione da quanti interessati.

#### **ARCO OLIMPICO**

##### **W2 Maschile**

RENNA Tommaso (Soc.16/031) 1.200+1.199  
 ERARIO Alessandro (Soc.16/028) *Valutaz. Tecnica*  
 LISOTTA Antonino (Soc.19/041) *Valutaz. Tecnica*

##### **W2 Femminile**

MIJNO Elisabetta (Soc.13/037) 1.221+1.196  
 PERNA Mariangela (Soc.01/025) 1.135+1.134  
 FLORENO Veronica (Soc.19/041) 1.116+1.107

##### **Standing Maschile**

LUVISETTO Ezio (Soc.06/014) 612+601  
 AIROLDI Roberto (Soc.01082) *Valutaz. Tecnica*  
 ESPOSITO Mario (Soc.04/077) *Valutaz. Tecnica*

#### **COMPOUND**

##### **Open Maschile**

SIMONELLI Alberto (Soc.13/037) 703+702  
 BONACINA Matteo (Soc.04/006) 684+681  
 CANCELLI Giampaolo (Soc.04/006) 676+673  
 SCHIEDA Lorenzo (Soc.04/077) 673+672  
 FALCIER Mirco (Soc.06/075) *Valutaz. Tecnica*

##### **Open Femminile**

SARTI Eleonora (Soc.08/078) 644+637

##### **W1 Maschile**

AZZOLINI Fabio (Soc.08/043) *Valutaz. Tecnica*  
 FERRANDI Gabriele (Soc.04/022) *Valutaz. Tecnica*

#### **VISUALLY IMPAIRED**

##### **Maschile**

PERUFFO Claudio (Soc.06/082) 345+337  
 CHIAPELLO Diego (Soc.04/149) 340+319

##### **Femminile**

CONTINI Barbara (Soc.04/114) 386+309



Gli Atleti che rinunciano a far parte dei Gruppi Nazionali 2014, dovranno comunque inviare all'Ufficio Paralimpico Fitarco ([settoreparalimpico@fitarco-italia.org](mailto:settoreparalimpico@fitarco-italia.org)), formale comunicazione scritta entro il termine sopra indicato.

Facciamo presente che gli Atleti compresi nell'elenco sopra riportato, ad esclusione di chi ha preso parte ai Giochi Paralimpici di Londra, potranno comunque partecipare per l'anno 2014 alla Coppa Italia delle Regioni.

Con i più cordiali saluti,

Il Segretario Generale  
(MdS Alvaro Carboni)



## SCHEDA ADESIONE GRUPPI NAZIONALI PARA-ARCHERY 2014

**Atleta:**

(cognome e nome)

**Soc.di appartenenza:**

(codice e nome per esteso)

Nato/a a

prov.

il

residente a

prov.

CAP

Via/Piazza

C.F.

e-mail

@

Cell.

Tel.

Passaporto n.

scadenza

Carta Identità n.

scadenza

Professione

Lingua/e straniera/e

Titolo di Studio

Inizio attività agonistica

Sede ordinaria di allenamento

N.sedute settimanali di allenamento

ore a seduta

Disponibilità/possibilità aumentare

**Migliori risultati assoluti:**

Fita p.	data	70m. p.	data	OR p.	data
12+12 p.	data	24+24 p.	data		
18m p.	data	25m p.	data	OR p.	data

**Obiettivi per l'anno in corso:****Obiettivi nel quadriennio olimpico:****Taglie abbigliamento**

Tuta	Tuta Lavoro	Polo	T-Shirt	T-Shirt Gara	Bermuda gara	Pantaloni H+F	k-way

**Tecnico Personale**

(Cognome e Nome)

**Qualifica**

e-mail

@

Cell.

Tel.

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Legge n.675/96 e successive, autorizzo la Federazione Italiana Tiro con l'Arco - FITARCO ad acquisire nei propri archivi i miei dati personali inseriti in questa scheda, autorizzando la stessa Federazione ad utilizzare tali dati per uso federale.

Il sottoscritto dichiara sin d'ora di osservare e seguire le indicazioni dettate dagli interventi e dai programmi di lavoro, proposti dal Settore Tecnico Nazionale in accordo con il Tecnico Personale o il Tecnico Regionale.

data

firma \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

(per il minore)



# FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

## SCHEDA SANITARIA ATLETI PARA-ARCHERY



Anno 2014

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Reperibilità: n. telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tessera Federale n. \_\_\_\_\_

Società di appartenenza \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### - PARTE A -

GRUPPO SANGUIGNO (OBBLIGATORIO)	A	B	AB	0	Rh +
					Rh -
INDICI EMATOLOGICI NELLA NORMA	SI		NO	note	
ESAME DELLE URINE nella norma SI			NO	note	
Tipo di disabilità	paraplegia Tetraplegia Amputazione	livello livello	monolaterale bilaterale	livello	
Patologie associate	SI	NO	note		
Farmaci assunti					
Disreflessia autonoma	SI		NO	note	
Disturbi della Termoregolazione	SI		NO	note	
Disturbi del ritmo cardiaco	SI		NO	note	
Disturbi della coagulazione	SI		NO	note	
Infezioni Ricorrenti		Urinarie Intestinali			
Piaghe da decubito	SI		NO	note	
Epilessia	SI		NO	note	
Positività per virus Epatite	A		B	C	
Positività per virus HIV					
Sei mai svenuto?	SI		NO	note	
Sei Allergico ?	SI		NO	note	
Sei Asmatico?	SI		NO	note	

## - PARTE B -

### PROFESSIONE

- a) STUDENTE ..
- b) LAVORATORE .. CON RISCHI PROFESSIONALI? **SI** .. **NO** ..  
 Se sì quali? \_\_\_\_\_
- c) ALTRA PROFESSIONE ..

### RISERVATO SETTORE FEMMINILE

Epoca prima mestruazione anni \_\_\_\_\_

Carattere del ciclo:              Regolare ..                      Irregolare ..  
     Amenorrea ..                      Dismenorrea ..

Nome eventuali farmaci utilizzati \_\_\_\_\_

Anticoncezionale ..              Nome Farmaco \_\_\_\_\_

### ABITUDINI

- DIETA **SI** ..      **NO** ..  
 Se si specificare:              NORMOCALORICA ..  
     IPOCALORICA ..  
     IPERCALORICA ..  
     VEGETARIANA ..
  
- Sotto controllo medico?                      **SI** ..      **NO** ..
- REGOLARITA' DEI PASTI E DEL RIPOSO?      **SI** ..      **NO** ..

### IN RIFERIMENTO ALLA CONOSCENZA DEL REGOLAMENTO ANTIDOPING CONI E FITARCO, INCLUSO L'ATTUALE ELENCO DELLE CLASSI DI SOSTANZE VIETATE E METODI PROIBITI IN MATERIA DI DOPING EMANATO DAL CIO E DALLA FITA, DICHIARA:

- a) USO DI TABACCO              **SI** ..      **NO** ..      MAI FATTO USO ..
- b) USO DI ALCOOL              **SI** ..      **NO** ..      MAI FATTO USO ..
- c) USO DI CAFFE'              **SI** ..      **NO** ..      MAI FATTO USO ..
- d) USO DI FARMACI              **SI** ..      **NO** ..
- e) USO PRODOTTI OMEOPATICI **SI** ..      **NO** ..      MAI FATTO USO ..

per d) ed e) SE SI QUALI? \_\_\_\_\_

PER QUALE MOTIVO? \_\_\_\_\_

(In caso di risposta affermativa all'ultima domanda, si invita l'interessato ad allegare copia della dichiarazione del medico curante attestante anche la terapia in atto)

## - PARTE C -

- **MALATTIE ESANTEMATICHE DELL'INFANZIA**              TUTTE: **SI** ..      **NO** ..  
*SE LA RISPOSTA E' NO, SPECIFICARE QUELLE NON ANCORA AVUTE:*  
 \_\_\_\_\_
  
- **TRAUMI E SEQUELE POST-TRAUMATICHE**              **SI** ..      **NO** ..  
*SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?*  
 \_\_\_\_\_
  
- **INTERVENTI CHIRURGICI**              **SI** ..      **NO** ..  
*SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?*  
 \_\_\_\_\_
  
- **PATOLOGIE CARDIACHE**              **SI** ..      **NO** ..  
*SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?*  
 \_\_\_\_\_

- **TERAPIE RIABILITATIVE** **SI** .. **NO** ..  
SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?

**SONO STATE ESEGUITE INFILTRAZIONI A BASE DI CORTISONOCI ?** **SI** .. **NO** ..  
**QUANDO?** (data/e) \_\_\_\_\_

Nome del farmaco utilizzato per l'infiltrazione o principio attivo \_\_\_\_\_

- **ALLERGOPATIE:**  
ASMA **No** .. **Si** .. SPECIFICARE \_\_\_\_\_  
RINITE ALLERGICA **No** .. **Si** .. SPECIFICARE \_\_\_\_\_  
a) Tipo \_\_\_\_\_  
b) Periodo \_\_\_\_\_  
DERMATITI DA CONTATTO **No** .. **Si** .. SPECIFICARE tipo \_\_\_\_\_

Indicare i farmaci utilizzati per la terapia delle allergopatie  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

- ALLERGIE ALIMENTARI **No** .. **Si** .. SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- REAZIONI DA FARMACI **No** .. **Si** .. SPECIFICARE \_\_\_\_\_

- **VACCINAZIONI VALIDE FINO AL 31 DICEMBRE 2014**  
ELENCARE 1 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Le pagine della scheda sanitaria vanno compilate in tutte le parti con precisione da parte dell'Atleta per la sua validità e sottoscritte anche dal Genitore, in caso di minore.

La presente scheda va inviata in busta chiusa indirizzata alla Commissione Medica Federale, che la conserverà e la utilizzerà esclusivamente per gli usi di legge consentiti e costituisce parte integrante della richiesta a far parte dei Gruppi Nazionali della Federazione Italiana di Tiro con l'Arco.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_  
(Per il minore)