



# FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

Settore Paralimpico

DCa/

CIRCOLARE 108/2015

Roma, 27 novembre 2015

Atleti interessati

Società affiliate

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

## Oggetto: Gruppi Nazionali Para Archery 2016 - Aventi Diritto

Di seguito riportiamo l'elenco degli Atleti aventi diritto ad essere ammessi ai **Gruppi Nazionali Para Archery 2016** redatto in base ai criteri pubblicati con Circolare Federale n.92/2015.

Gli Atleti che accettano di far parte dei Gruppi Nazionali 2016 dovranno **OBBLIGATORIAMENTE** inviare all'Ufficio Paralimpico Fitarco (Via Vitorchiano 113/115 – 00189 Roma) **entro e non oltre il 7 gennaio 2016:**

- Scheda di accettazione a far parte dei Gruppi Nazionali 2016 (*vedi allegato*)
- 2 foto tessera
- Scheda sanitaria (*vedi allegato*)

L'elenco che segue non costituisce la lista degli effettivi appartenenti ai Gruppi Nazionali 2016, il quale sarà divulgato con successiva ad apposita Circolare Federale appena ricevute le Schede di Adesione da quanti interessati.

### ARCO OLIMPICO

#### Open Maschile

AIROLDI Roberto (Soc.01/082) 614+632  
GOSPARINI Marco (Soc.07/024) 596+601  
LUVISETTO Ezio (Soc.06/014) *Giudizio Tecnico*  
ERARIO Alessandro (Soc.16/028) *Giudizio Tecnico*

#### W2 Femminile

MIJNO Elisabetta (Soc.13/037) 625+621  
FLORENO Veronica (Soc.19/041) 580+565  
ROSADA Annalisa (Soc.06/003) *Giudizio Tecnico*  
VIRGILIO Maria Andrea (Soc.19/041) *Giudizio Tecnico*  
SCUDERA Kimberly (Soc.19/113) *Giudizio Tecnico*

### COMPOUND

#### Open Maschile

CANCELLI Giampaolo (Soc.04/006) 698+689  
PASQUINUZZI Roberto (Soc.09/019) 685+681  
SIMONELLI Alberto (Soc.13/037) 705+706  
BONACINA Matteo (Soc.04/006) *Giudizio Tecnico*  
COLUCCINI Marco (Soc.09/066) *Giudizio Tecnico*

#### Open Femminile

PESCI Giulia (Soc. 04/029) 641+640  
SARTI Eleonora (Soc.13/037) 684+691  
NERI Ifigenia (Soc.19/041) 619+630

#### W1 Maschile

AZZOLINI Fabio (Soc.08/043) 629+648  
CASSIANI Daniele (Soc.09/079) 620+610  
DEMETRICO Salvatore (Soc.19/083) 606+595  
FERRANDI Gabriele (Soc.04/022) *Giudizio Tecnico*

#### W1 Femminile

BORELLI Monica (Soc.08/025) *Giudizio Tecnico*

Federazione Italiana di Tiro con l'Arco

Via Vitorchiano, 113/115 - 00189 Roma  
Tel. 06 91516900 - Fax 06 91516915  
C.F. 80063130159 - P.IVA 05525461009



Federazione Sportiva Nazionale  
Riconosciuta dal CONI



Federazione Sportiva Paralimpica  
Riconosciuta dal CIP



www.fitarco-italia.org





## FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

Gli Atleti che rinunciano a far parte dei Gruppi Nazionali 2016, 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 2016 alla Coppa Italia delle Regioni.

Con i più cordiali saluti,

Il Segretario Generale  
(Mds Alvaro Carboni)

Federazione Italiana di Tiro con l'Arco  
Via Vitorchiano, 113/115 - 00189 Roma  
Tel. 06 91516900 - Fax 06 91516915  
C.F. 80063130159 - P.IVA 05525461009

[www.fitarco-italia.org](http://www.fitarco-italia.org)



Federazione Sportiva Nazionale  
Riconosciuta dal CONI



Federazione Sportiva Paralimpica  
Riconosciuta dal CIP





# FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

## SCHEDA ADESIONE GRUPPI NAZIONALI PARA-ARCHERY 2016

**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**  
Via Vitorchiano, 113/115 - 00189 Roma  
Tel. 06 91516900 - Fax 06 91516915  
C.F. 80063130159 - P.IVA 05525461009



Federazione Sportiva Nazionale  
Riconosciuta dal CONI



Federazione Sportiva Paralimpica  
Riconosciuta dal CIP



[www.fitarco-italia.org](http://www.fitarco-italia.org)





FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO  
SCHEDA SANITARIA ATLETI PARA-ARCHERY



Anno 2016

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 \_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_\_  
Tetraplegia \_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_\_  
Amputazione 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 SI  NO

Intestinali SI  NO

SI  NO  note

Piaghe da decubito SI  NO  note

Epilessia SI  NO  note

Positività per virus Epatite A  B  C

Positività per virus HIV SI  NO

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**  
SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?

SI

NO

• **TERAPIE RIABILITATIVE**  
SE LA RISPOSTA E' SI, QUALI?

SI

NO

**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 2016**

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)