

Prot. n° 17/CQR-Atl del 22 GENNAIO 2016

OGGETTO: Convocazione Atlete per Attività di Qualificazione 2015/2016

Collegiale 30-31 gennaio 2016

Alle Società FIPAV interessate
Alle Atlete in elenco
e, p.c. Ai Comitati Provinciali FIPAV
BA - BR - FG - LE - TA
LORO SEDI

Nell'ambito dell'attività di qualificazione e selezione per il Trofeo delle Regioni 2016, su segnalazione del Responsabile Tecnico Regionale Vincenzo Fanizza sono convocati per il collegiale in programma nei giorni **30-31 gennaio 2016** le atlete di seguito elencati:

n°	Cognome e Nome	Anno	Pr	Società
1	CURCI MARTINA	2001	BA	VOLLEY BARLETTA
2	LOSAVIO MARGHERITA	2001	BA	PALLAVOLO UISP'80 PUTIGNANO
3	MANGINELLI LAURA	2001	BA	MAXIMA VOLLEY
4	MONNO GAIA	2001	BA	PIANETA SPORT BITETTO
5	PALMIOTTO GIORGIA	2001	BA	EAGLES BARI
6	PARISI ALESSANDRA	2001	BA	PALLAVOLO TERLIZZI
7	TACCARELLI MELAINE	2002	BA	AMATORI BARI
8	TOPPUTI ELENA	2001	BA	ROBUR TURI
9	GALLUZZO AURORA	2002	BR	CASALE VOLLEY
10	ROSATO FRANCESCA	2001	BR	MESAGNE VOLLEY
11	TURCHIARULO LUANA	2001	BR	VOLLEY LATIANO
12	VETRUGNO ALESSIA	2001	BR	CASALE VOLLEY
13	ZANZARELLI SARA	2001	BR	NEW VOLLEY ORIA
14	COPPOLA EMMA MARIA	2002	LE	ASD TRICASE VOLLEY
15	MANCO GRETA M.	2001	LE	ASD FLY BLUE VOLLEY TAVIANO
16	MEGA IRENE	2001	LE	ASD FALCHI UGENTO
17	MORCIANO FRANCESCA	2002	LE	ASD TRICASE VOLLEY
18	NATALIZIA GIORGIA	2001	LE	ASD TRICASE VOLLEY
19	TURCO ANGELA	2001	LE	ASD V.2000 SAN CASSIANO
20	FANIGLIULO CIRAPIA	2002	TA	ASD MAGICA VOLLEY GROTTAGLIE

Il raduno è previsto il giorno 30 gennaio 2016 alle ore 16,15 presso la Palestra dell'IISS "Caramia-Gigante" - Via Cisternino, 281 - Locorotondo (BA)

Oltre che muniti dell'indispensabile ed idoneo abbigliamento per svolgere gli allenamenti, al momento dell'arrivo si dovranno obbligatoriamente consegnare, qualora non consegnati in precedenza, n° 1 foto uso tessera ed il certificato medico attestante l'idoneità fisica alla pratica sportiva agonistica rilasciato da un Centro di Medicina Sportiva ovvero da strutture territorialmente competenti; **le atlete sprovviste di certificato medico valido per la presente stagione non potranno effettuare l'allenamento. Si raccomanda inoltre di compilare la dichiarazione anamnestica allegata alla presente.**

E' obbligatorio confermare la presenza o meno alla presente convocazione, entro il 29 gennaio 2016 tramite e-mail all'indirizzo cqr@fipavpuglia.it o tramite SMS al n° 328/9469437; la mancata accettazione della convocazione comporterà l'automatica esclusione oltre all'adozione di eventuali provvedimenti conseguenti.

Per qualsiasi informazione di natura tecnica, rivolgersi al Responsabile Regionale *Vincenzo Fanizza* - Cell. 347/0428025; per tutte le esigenze di natura logistica contattare la Segreteria del Centro di Qualificazione Regionale *Rosa Biancofiore* - Cell.349/2306103 - e.mail rosa.biancofiore@fipavpuglia.it

Le Società interessate hanno l'obbligo di notificare la presente ai propri atleti convocati, in quanto la presente viene inviata esclusivamente ai Sodalizi e pubblicata sul sito web www.fipavpuglia.it.

Si coglie l'occasione per porgere i più cordiali saluti.

IL PRESIDENTE FIPAV PUGLIA

Luigi Dell'Anna



Programma del collegiale:

30 gennaio 2016

ore 16,15 - raduno

ore 16,30/19,00 - allenamento pomeridiano

31 gennaio 2016

ore 9,30/12,00 - allenamento mattutino

ore 15,00/17,30 - allenamento pomeridiano

N.B.: il programma potrà subire variazioni giornaliere

Modulo di Autocertificazione Anamnestica

__1__ sottoscritt__ _____ in qualità di genitore/genitrice
esercitante la patria podestà sul figlio/a _____
convocato/a per le selezioni regionali dal C.Q.R. della FIPAV Puglia a sostenere
allenamenti giornalieri e/o collegiali in preparazione al Trofeo delle Regioni 2016

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole che dichiarazioni mendaci potrebbero
pregiudicare il regolare proseguo dell'attività su descritta che __1__ propri__ figli__

è attualmente affetto / non è attualmente affetto
da problematiche riferibili all'apparato locomotore (se si specificare quali)

è attualmente affetto / non è attualmente affetto
da problematiche riferibili a disfunzioni di organi interni (se si specificare quali)

ha subito / non ha mai dubito
ricoveri ospedalieri (se si specificare per quale motivo)

ha subito / non ha mai subito
interventi chirurgici (se si specificare per quale motivo)

assume / non assume
terapia farmacologica e/o integrativa (se si specificare per quale motivo)

si allegano referti medici e/o esami diagnostici (rx, T.A.C.; R.M.N.; ecografie; ecc.)

In fede _____, ____/____/_____

il genitore (o chi ne fa le veci)
