



Federazione Italiana Rugby

Comitato Regionale Campano

Via Alessandro Longo, 46/E – 80127 Napoli

Tel. e Fax +39 0815799057

crcampano@federugby.it – P.IVA 02151961006



Alle Società in elenco

Al Tecnico Federale

M.C. Tonna

Al Tecnico Regionale

Crescenzo Vigliotti

Al Preparatore

P.Adamo

Al Presidente C.T.R.

Al Tecnico

E. Tagle

Ai tecnici Collaboratori

L. Pirrone S. Montella

Al Dirigente

M. De Falco

Oggetto: Attività Interregionale Under 18 e Under 16 Femminile. L'Aquila Sabato 23-2-19

Campania – Abruzzo - Lazio - Marche

Il Comitato Regionale Campano è lieto di comunicarti che sei stata convocata a prendere parte all'attività in oggetto.

La partenza è prevista Sabato 23 Febbraio alle ore 11.00 dal Villaggio del Rugby e alle 11.15 dal Campo Albricci.

L'appuntamento con le ragazze di Benevento sarà alle ore 12.00 alla pompa di benzina ESSO di Caianello.

Per eventuali comunicazioni è possibile contattare il Tecnico Territoriale Crescenzo Vigliotti (3483849732), il tecnico di Selezione Tagle Enrico (tel.3294189489), il tecnico di Selezione Pirrone Lucia (tel.3292009275)

Si ricorda che le atlete devono essere coperte da regolare visita medica per attività agonistica.

Cordiali saluti

Napoli 22-02-2019

La Segreteria

Le atlete dovranno essere muniti di paradenti, borraccia personale, calzettoni e pantaloncini del proprio club

N.	Tess.	Cognome, Nome	Nascita	Società
Under 18				
1	595639	Longobardi Martina	05/09/02	AP Partenope
2	639600	Sarni Sara	23/03/02	AP Partenope
3	579118	Ivanciu Nina Alexandra	10/12/02	Amatori Rugby Napoli
4	650589	La Motta Maria Pia	24/07/01	Amatori Rugby Napoli
5	359040	Simonetti Sara	18/02/02	Amatori Rugby Napoli
6	595388	Scanniello Jessica	27/05/02	Rugby Afragola
7	595400	Tammaro Vittoria	14/05/02	Rugby Afragola
8	565894	Palermo Noemy	21/11/01	Le Longobarde
9	439989	Marino Francesca Miriam	29/10/02	Le Longobarde
10	565551	Ventura Simona	06/08/01	Zona O. Rugby Popolare SA
11	565442	Gallozzi Martina	20/09/01	Zona O. Rugby Popolare SA
Under 16				
1	438548	Ievolella Virginia	10/02/04	Le Longobarde
2	633115	Castagna Giada	12/02/04	Amatori Rugby Napoli
3	551196	Cinque Nadia	03/05/04	Amatori Rugby Napoli
4	510173	Montella Roberta	02/10/03	Amatori Rugby Napoli
5	650586	Puglisi Giulia	05/01/04	Amatori Rugby Napoli
6	673672	Di Porzio Maria Pia	20/01/03	Amatori Rugby Napoli
7	587412	Maione Michela	24/12/03	Amatori Rugby Napoli
8	682387	D'Avanzo Giuliana	10/03/03	Amatori Rugby Napoli
9	525059	Di Franco Diana	15/11/04	AP Partenope
10	6640035	Di Clemente Desiree	17/11/03	Scampia Rugby
11	621694	Giordano Sabrina	12/01/03	Rugby Afragola
12	527540	Di Maso Italia	09/11/04	Rugby Afragola
13	627146	Pumpo Roberta	06/03/03	Rugby Afragola

DELEGA ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO DI MINORE.

L'Aquila 23-02-2019

I sottoscritti _____ nato a _____ il _____ e
_____ nata a _____ il _____ residenti in
_____ alla via _____, in qualità di genitori esercenti la potestà
genitoriale sul figlio minore _____ nato a _____ il
_____.

premesse

- che il minore su indicato è tesserato per la Associazione Sportiva _____ per la pratica sportiva del Rugby;
- che i sottoscritti dichiaranti sono consapevoli che, nell'ambito dell'attività sportiva praticata, l'atleta può subire infortuni che richiedono accertamenti sanitari e diagnostici;
- che in occasione della trasferta a L'Aquila per la partecipazione al **Torneo CAL**, il minore è stato affidato ai Sigg., Tagle Enrico, De Falco Massimiliano ,..... dirigenti accompagnatori del Comitato;

DELEGA

Ed autorizza i dirigenti accompagnatori sopra individuati ad adottare tutte le decisioni, autorizzare accertamenti diagnostici e strumentali, fare effettuare visite mediche, in conseguenza di infortuni occorsi in gara o comunque durante la trasferta, al fine di tutelare la salute e l'integrità fisica del minore affidato, con il solo obbligo di avvertire immediatamente i sottoscritti genitori, ratificando fin d'ora e senza riserve il suo operato.

Il tutto con esonero di responsabilità della Struttura Sanitaria al riguardo.

Allegati: copia del documento di identità dei genitori; copia della tessera sanitaria del minore.

Luogo _____ data _____

I GENITORI