



Federazione Italiana Giuoco Calcio
Lega Nazionale Dilettanti
COMITATO REGIONALE CALABRIA

Via Contessa Clemenza n. 1 – 88100 CATANZARO
TEL. 0961 752841/2 - FAX. 0961 752795

Indirizzo Internet: www.crcalabria.it

e-mail: segreteria@crcalabria.it

Posta Certificata: segreteria@pec.crcalabria.it
tesseramento@pec.crcalabria.it
amministrazione@pec.crcalabria.it
giustiziasportiva@pec.crcalabria.it

ATTIVITA' GIOVANILE

Stagione Sportiva 2021/2022

Comunicato Ufficiale n° 33 del 26 Ottobre 2021

- 1. COMUNICAZIONI DELLA F.I.G.C.**
- 2. COMUNICAZIONI DEL SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO**
- 3. COMUNICAZIONI DELLA L.N.D.**
- 4. COMUNICAZIONI DEL COMITATO REGIONALE**
- 5. COMUNICAZIONI DEL COORDINATORE FEDERALE CALABRIA**

CONVOCAZIONE UNDER 15 FEMMINILE - SELEZIONE TERRITORIALE "MAGNA GRECIA"

I Coordinatori Regionali del Settore Giovanile e Scolastico per la Basilicata, Calabria e Campania, con riferimento all'attività di Sviluppo dell'Attività Under 15 femminile comunicano l'elenco delle ragazze della Selezione Territoriale "Magna Grecia" convocate per la fase finale del:

Torneo "CALCIO+15" per Selezioni Territoriali Under 15 Femminile

in programma a Tirrenia (Pi) dal 29.10.2021 al 01.11.2021

Le calciatrici convocate si raduneranno nella mattinata di venerdì 29.10.2021 con orario e luogo che varierà a seconda della residenza. Indicazioni dettagliate saranno comunicate alle società di appartenenza e alle dirette interessate in tempo utile.

Le calciatrici dovranno essere munite di tuta CFT (per le ragazze che ne hanno fatto parte lo scorso anno), tuta personale, kway, maglia, calzoncini, calzettoni, parastinchi, un paio di scarpe ginniche e un paio di scarpe da calcio. Per la partecipazione al torneo è obbligatorio esibire:

- Consenso all'esecuzione dei tamponi (modulo in allegato);
- documento d'identità in originale;
- cartellino federale (possibilmente in originale)

Il torneo si svolgerà presso il Centro di Preparazione Olimpica - Vione del Vannini, Marina di Pisa-Tirrenia nel pieno rispetto di tutte le normative e di tutti i protocolli in vigore.

Il rientro è previsto nella serata di lunedì 1.11.2021.

Per qualsiasi comunicazione contattare il Team Manager:

Antonio Vacca - Tel. 3382959804 e-mail: vacca.antonio@alice.it

In caso di indisponibilità motivata delle calciatrici convocate, le Società devono darne immediata comunicazione, inviando eventualmente certificazione medica per l'assenza.

STAFF

Selezionatore Under 15 Femminile:	Francesca Stancati
Collaboratori tecnici:	Paola Luisa Orlando
Psicologo:	Alessia Aloï
Fisioterapista:	Eugenio Muzzi
Team Manager:	Antonio Vacca

ELENCO RAGAZZE CONVOCATE

1. BUONO LAURA	2007	NAPOLI FEMMINILE
2. CAMMARANO SARA	2006	SSC NAPOLI
3. CARELLI BENEDETTA	2006	COSENZA CALCIO
4. CINQUE ANNUNCIATA	2006	COSENZA CALCIO
5. COPPOLA ROSANGELA	2006	FC CROTONE
6. COZZOLINO SIMONA	2006	ASD MEDITERRANEA SOCCER
7. D'ANGELO ALESSIA	2006	ASD POMIGLIANO FEM.
8. DI VAIO CHIARA	2007	SSC NAPOLI
9. GAGLIONE MARIA	2007	ASD POMIGLIANO FEM.
10. GRAZIANO FRANCESCA	2007	ASD POMIGLIANO FEM.
11. IARDINO SARA	2006	SSC NAPOLI
12. LANGELLA GABRIELLA	2007	SSC NAPOLI
13. LAROTONDA VALENTINA	2006	ASD HELLAS VOLTURE
14. LONGOBARDI ANNA	2006	ASD POMIGLIANO FEM.
15. NAPOLITANO GIULIA	2006	ASD POMIGLIANO FEM.
16. STRATI ALESSIA	2007	REGGINA 1914
17. STRAVINO CHIARA	2007	ASD POMIGLIANO FEM.
18. VENTRIGLIA ROSANNA	2007	SSC NAPOLI

IL SEGRETARIO
Emanuele Daniele

IL PRESIDENTE
Saverio Mirarchi

Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.

Laboratorio di Analisi Cliniche

Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28

Sedi Operative:

- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968

Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Diamo valore all'esperienza

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

Residente in _____ via _____,

Tel _____ E-mail _____ in qualità di

INTERESSATO

TUTORE di _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

DICHIARO

di aver ricevuto, l' informativa dal **Medico Sociale**, con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in caso di positività, e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'esecuzione del seguente esame:

Test sierologico ricerca degli anticorpi IgM – IgG SARS-CoV-2

Test molecolare SARS-CoV-2

Test antigenico rapido

(Luogo)

(Data)

(Firma)

(Nome, Cognome Operatore)

(Firma Operatore)

Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.

Laboratorio di Analisi Cliniche

Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28

Sedi Operative:

- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968

Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com



LABORATORI ITALIANI RIUNITI

Diamo valore all'esperienza

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

TUTORE di

Dati Minore _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

PREMESSO

Che ho ricevuto, copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali da parte del **Medico Sociale**, e ho preso atto del contenuto della stessa;

che sono a conoscenza che i singoli consensi possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione al titolare del trattamento dei dati, senza compromettere la legalità del trattamento effettuato fino al momento della revoca;

Tanto premesso

CONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo)

(Data)

(Firma)