



Piediluco, 2 luglio 2026

Prot. n. 0958

Spett. Società interessate e,
p.c. Egr. Presidente F.I.C.
Egr. Componenti Consiglio Federale F.I.C.
Egr. Segretario Generale F.I.C.
Spett. Comitati – Delegazioni Regionali F.I.C

Oggetto: I N T E G R A Z I O N E - 9° Raduno nazionale Pararowing Valutativo – Corgeno (VA) 01-12 luglio 2026

Atleta

Società

Aere Katia

SC Corgeno

dal 6 al 8 Luglio

1- Indicazioni Antidoping

Si ricorda a tutti gli atleti inseriti in RTP-ADAMS di provvedere all'aggiornamento dei dati di localizzazione.

Si coglie l'occasione per ribadire ulteriormente di non assumere alcun farmaco senza prima aver consultato un medico federale. L'inosservanza di quanto sopra indicato, può esporre al grave rischio della squalifica dovuto all'assunzione di un "farmaco banale".

I convocati soggiorneranno presso:

Tenuta Aquasole - V. Fornace, 498/1, 21020 Mercallo VA - Tel 348/8700986

Si è a disposizione per eventuali, ulteriori chiarimenti.
Con i più cordiali saluti.


Il Direttore Tecnico
Antonio Colamonici

Allegato A

CONFERMA ADESIONE

Circolare n° _____ del _____

Il sottoscritto _____

a nome della Società _____

☐

Conferma la partecipazione degli atleti:

Gli atleti selezionati per le rappresentative nazionali sono tenuti a rispondere alle convocazioni e a mettersi a disposizione della Federazione Italiana Canottaggio, nonché ad onorare il ruolo rappresentativo ad essi conferito.

Atleta	Atleta
1.	8.
2.	9.
3.	10.
4.	11.
5.	12.
6.	13.
7.	14.

☐

NON conferma la partecipazione degli atleti:

La mancata adesione ad una convocazione può essere data solo e solamente se adeguatamente motivata, in genere per motivi di salute certificati.

1.	3.
2.	4.

Indicare la motivazione della mancata presenza al raduno _____

Allega la seguente documentazione _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver controllato l'avvenuto invio da parte degli atleti presenti al raduno, tesserati per la società da me rappresentata, degli allegati sia B sia D.

Firma

Allegato B

Dichiarazione di Assunzione Farmaci

Federazione Italiana Canottaggio

Settore Medico – Sanitario

Luogo _____, _____

Il sottoscritto

nato a _____ Provincia _____ il _____

Società di appartenenza _____

DICHIARA

☐

DI AVERE IN CORSO UNA PRATICA TUE

☐

DI NON AVER ASSUNTO ALCUN TIPO DI FARMACO NELL'ULTIMO MESE

☐

DI AVERE ASSUNTO I SEGUENTI FARMACI E O INTEGRATORI NELL'ULTIMO MESE

(specificare sotto)

In caso di atleta inserito in RTP-ADAMS

DICHIARA

di aver provveduto all'aggiornamento dei dati di localizzazione.

Firma leggibile dell'atleta

Inviare a comunicazionifarmaci@canottaggio.org