

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA DI SPERIMENTAZIONE DI CUI AL “PROTOCOLLO OPERATIVO CIP – INAIL”**Sezione riservata alla Federazione Sportiva richiedente**

Federazione Sportiva richiedente	
Nome e Cognome Atleta	
Data di nascita dell'Atleta	
Disabilità dell'Atleta	
Disciplina/specialità praticata	
Idoneità Sportiva agonistica ai sensi del DM 9/3/1993 (indicare la data di scadenza del Certificato)	
Tecnico personale (Nome e Cognome)	
Contatti tecnico personale (telefono e e-mail)	
Tecnico federale di riferimento (Nome e Cognome)	
Contatti tecnico federale (telefono e e-mail)	
Tipo di intervento richiesto Specificare se si tratta di protesi, ortesi o ausilio. In caso di ausilio specificare il tipo di sperimentazione che si vuole effettuare ed i risultati attesi	
Indicare se l'atleta è inserito nel Club Paralimpico o allegare Curriculum sportivo e breve descrizione delle sue potenzialità competitive	
Data richiesta fornita Indicare la data entro cui l'Atleta necessita della protesi/ortesi/ausilio	

Con l'accettazione della presente **Domanda** da parte del CIP e dell'INAIL, la **Federazione** si impegna a:

- i) fornire le informazioni relative alle attività dell'Atleta utili allo sviluppo tecnico dei dispositivi ed alle risultanze della sperimentazione mediante una Relazione semestrale, redatta a cura del Tecnico Federale di riferimento, circa le risultanze della sperimentazione;
- ii) favorire, compatibilmente con le proprie esigenze tecnico-organizzative, la partecipazione dei tecnici incaricati dal Centro Protesi per l'intervento richiesto, in occasione della partecipazione dell'Atleta, su convocazione disposta dalla Federazione, a raduni collegiali, manifestazioni sportive nazionali ed internazionali, attribuendo Tecnici stessi idonei Pass/Accrediti;
- iii) farsi carico delle spese necessarie per l'attuazione della sperimentazione con particolare riferimento quelle necessarie per l'accesso dell'Atleta al Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio e/o alle sue Filiali per garantire l'assistenza tecnica sui dispositivi forniti.

La **Federazione** dichiara inoltre di aver assolto agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 679/16 in merito alla trasmissione dei dati suindicati al CIP ed al Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio, mediante rilascio di idonea Informativa e acquisizione del relativo Consenso da parte degli Interessati.

Data _____

Il Segretario Federale

Sezione riservata al Comitato Italiano Paralimpico

Con riferimento alla presente Domanda di accesso dell'Atleta _____ presentata dalla Federazione Sportiva _____, al programma di sperimentazione di cui al Protocollo Operativo CIP – INAIL, il Comitato Italiano Paralimpico esprime parere:

- Positivo;
- Negativo per le motivazioni di seguito indicate;
- In sospeso per le motivazioni di seguito indicate;

Motivazioni:

Il Responsabile della Preparazione Paralimpica

Data _____

Sezione riservata all'Atleta

Il sottoscritto _____ a seguito della fornitura/intervento su indicato dichiara:

i) di aver ricevuto il/i dispositivo/i _____ ;

ii) di utilizzare lo/gli stesso/i esclusivamente in relazione alle attività di allenamento e competizione della disciplina sportiva praticata nell'ambito della Federazione richiedente e di conservarlo con la diligenza del buon padre di famiglia;

Il sottoscritto è consapevole che la presente sperimentazione è riferita all'anno 2019 e potrà terminare anticipatamente in caso di giustificati motivi che saranno comunicati formalmente dal CIP per il tramite della Federazione di appartenenza.

Il sottoscritto si impegna altresì a restituire il dispositivo di cui sopra al termine della sperimentazione che sarà comunicata formalmente dal CIP per il tramite della Federazione di appartenenza.

L'Atleta

Data _____
