



FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI  
COMMISSIONE NAZIONALE Giudici di Gara e Omologazione Piste

**Rapporto di Incidente**

<b>COMPOSIZIONE GIURIA</b>	
<b>Delegato Tecnico:</b>	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FISI:	
<b>Arbitro:</b>	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FISI:	
<b>DIR. DI GARA:</b>	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FISI:	

<b>INFORMAZIONI EVENTO</b>	
Luogo:	
Data:	
Sci club:	
Numero gara:	
Specialità:	<input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> AC
N. omologazione:	
Nome pista:	

<b>INFORMAZIONI INFORTUNATO</b>					
<input type="checkbox"/> Atleta	<input type="checkbox"/> Apripista	<input type="checkbox"/> Ufficiale di gara	<input type="checkbox"/> Spettatore	<input type="checkbox"/> Controllo porte	<input type="checkbox"/> Altro
Nome e Cognome:					
Data di nascita:					
Indirizzo:					
Codice atleta:	n. tessera:				
Sci club:					

<b>INFORMAZIONI SULL'INCIDENTE:</b> da compilarsi preferibilmente insieme all'infortunato e/o alla squadra del soccorso.	
<b>Parti del corpo interessate</b> (possibile scelta multipla)	
<input type="checkbox"/>	Testa/faccia
<input type="checkbox"/>	Collo/cervicale/spina dorsale
<input type="checkbox"/>	Spalla /clavicola
<input type="checkbox"/>	Avanbraccio (anche polso)
<input type="checkbox"/>	Braccio parte alta (dal gomito alla spalla)
<input type="checkbox"/>	Gomito
<input type="checkbox"/>	Petto
<input type="checkbox"/>	Mano/dita/ (indicare quale dito)
<input type="checkbox"/>	Sterno
<input type="checkbox"/>	Addome
<input type="checkbox"/>	Osso sacro, zona pelvica o parte bassa schiena
<input type="checkbox"/>	Anca
<input type="checkbox"/>	Coscia
<input type="checkbox"/>	Ginocchio
<input type="checkbox"/>	Tendine di Achille
<input type="checkbox"/>	Caviglia
<input type="checkbox"/>	Piede/dita del piede
<input type="checkbox"/>	Tibia e/o perone

<input type="checkbox"/>	Inguine
<input type="checkbox"/>	Bacino
<b>Lato del corpo</b> (possibile scelta multipla)	
<input type="checkbox"/>	Destro
<input type="checkbox"/>	Sinistro
<input type="checkbox"/>	Non applicabile

<b>TIPO DI INFORTUNIO</b> (possibile scelta multipla)	
<input type="checkbox"/>	Frattura o problema osseo
<input type="checkbox"/>	Legamenti o giunzioni (non osseo)
<input type="checkbox"/>	Muscoli o tendini
<input type="checkbox"/>	Contusioni
<input type="checkbox"/>	Lacerazioni o lesioni alla pelle
<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso.

<b>CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO</b>	
<input type="checkbox"/>	Competizione
<input type="checkbox"/>	Allenamento ufficiale

<b>TIPO DI NEVE</b> (possibile scelta multipla)	
<input type="checkbox"/>	Neve naturale
<input type="checkbox"/>	Neve artificiale

<b>CONDIZIONI DELLA NEVE IN PISTA</b> (possibile scelta multipla)	
<input type="checkbox"/>	Ghiacciata
<input type="checkbox"/>	Soffice
<input type="checkbox"/>	Compatta
<input type="checkbox"/>	Barrata
<input type="checkbox"/>	Modificata da sostanze chimiche (sale,solfato...)

<b>CONDIZIONI METEO</b>	
<input type="checkbox"/>	Sereno
<input type="checkbox"/>	Nuvoloso
<input type="checkbox"/>	Nevicata in corso
<input type="checkbox"/>	Pioggia in corso
<input type="checkbox"/>	Nebbia
<input type="checkbox"/>	Visibilità piatta
<input type="checkbox"/>	Luce artificiale

<b>CONDIZIONI DEL VENTO</b>	
<input type="checkbox"/>	Assenza di vento
<input type="checkbox"/>	Vento moderato
<input type="checkbox"/>	Vento forte

<b>VIDEO</b>	
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Video TV disponibile
<input type="checkbox"/>	Altro video

Indicare nome,cognome,indirizzo,numero telefono, e.mail del possessore del video per ottenerne un'eventuale copia.

Nome:
Indirizzo:
Telefono:
E. Mail:

<b>DESCRIZIONE DIAGNOSI SPECIFICA, DA DESUMERSI DA EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO</b> (DA ALLEGARE AL PRESENTE REFERTO)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Compilare anche il retro del presente modulo**

**TESTIMONI** (possibile scelta multipla) \*

Arbitro  
 Giudice di partenza  
 Direttore di gara  
 Controllo porta  
 Responsabile d'arrivo  
 Cronometrista  
 Altro ufficiale di gara ( ..... )  
 Spettatore  
 Altro ( ..... )  
 Nessuno

**DATI DELL'EVENTUALE TESTIMONE** (dati anagrafici) \*

Nome:  
 Cognome:  
 Indirizzo:  
 N. telefono:  
 E. mail:

**DATI DELL'EVENTUALE TESTIMONE** (dati anagrafici) \*

Nome:  
 Cognome:  
 Indirizzo:  
 N. telefono:  
 E. mail:

**DATI PER OTTENERE ULTERIORI INFORMAZIONI MEDICHE**  
 (allenatore, caposquadra, infortunato stesso)

Nome:  
 Cognome:  
 Indirizzo:  
 Telefono:  
 E. mail:

**ALLEGRO**

Certificato medico  
 Materiale fotografico  
 Altro ( ..... )

**IN CASO DI PRESENZA MEDICO IN PISTA (DH/SG)**

NOME:  
 COGNOME:  
 INDIRIZZO:  
 N. TEL.:  
 E.MAIL:

**DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE** (raccolta dal testimone/i)

In caso sia necessaria descrizione più specifica, allegare ulteriore foglio

Luogo e data:  
 \_\_\_\_\_

Il Delegato Tecnico  
 \_\_\_\_\_

**Il presente modulo va compilato in ogni sua parte e deve essere allegato al referto del Delegato Tecnico**