

Утверждаю

Президент федерации
настольного тенниса
Амурской области



Р.В. Соколов
2018 г.

Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»



М.М. Данин

2018 г.

Согласовано

Министр по физической
культуре и спорту
Амурской области



Ю.А. Кретов

2018 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении открытого чемпионата Амурской области
по настольному теннису среди мужчин и женщин.

(номер код вида спорта 0040002611Я)

07 – 09 декабря 2018 г.
г. Благовещенск

I. Общие положения

1.1. Спортивное мероприятие открытый чемпионат Амурской области по настольному теннису среди мужчин и женщин, проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Соревнование проводится по правилам Всероссийской федерации настольного тенниса, утверждённых приказом Министерства спорта Российской Федерации от 19 декабря 2017 г. № 1083.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни;

1.3.2. Популяризация и развитие настольного тенниса в Амурской области;

1.3.3. Повышение уровня спортивного мастерства спортсменов;

1.3.4. Выявление сильнейших теннисистов;

1.3.5. Мониторинг и отбор спортсменов для участия в первенстве ДФО;

1.3.6. Выполнение разрядных нормативов.

1.4. Участникам соревнования запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.5. Участникам соревнования запрещается участвовать в азартных играх в букмекерских конторах и тотализаторах путем заключения пари на официальные спортивные соревнования в соответствии с требованиями, установленными пунктом 3 части 4 статьи 26.² Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

II. Права и обязанности организаторов спортивных соревнований

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением соревнований осуществляет государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее – ГАУ АО «РЦСП») совместно с ОО "Амурской областной федерацией настольного тенниса" (далее – ОО «АОФНТ»).

2.2. Непосредственное проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию ОО «АОФНТ», утвержденную приказом ГАУ АО «РЦСП».

III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинской обеспечение

3.1. В целях достижения необходимой безопасности зрителей и участников во время соревнований, произвести предварительную проверку соответствующих условий и правил обеспечения безопасности при проведении

официальных спортивных соревнований, утвержденных Постановлением правительства РФ от 18 апреля 2014 года № 353.

3.2 Контроль за выполнением требований безопасности возлагается на главного судью соревнований и директора спортивного сооружения.

3.3 Участие в соревнованиях осуществляется только при наличии договора (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев, который представляется в комиссию по допуску и регистрации участников на каждого участника.

3.4 Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в режиме ожидания

IV. Общие сведения о спортивном соревновании

4.1 Соревнования проводятся в г. Благовещенск 07 – 09 декабря 2018 года с/з Благовещенского политехнического колледжа (ул. Чайковского, 16)

4.2 Планируемое количество участников: 50.

4.3 Соревнования: командные, личные, парные.

4.4 Начало соревнований 07 декабря в 14.00 часов, торжественное открытие соревнований состоится 07 декабря в 14.00 часов.

08 декабря в 10.00 часов.

09 декабря в 10.00 часов.

V. Требования к участникам и условия их допуска

5.1 Соревнования, командные, личные, парные.
К соревнованиям допускаются мужчины и женщины.

VI. Заявки на участие

6.1 Заявки на участие в спортивном соревновании должны быть подписаны руководителем органа управления в сфере физической культуры и спорта, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске каждого участника к спортивному соревнованию, заверенные подписью и личной печатью врача, печатью медицинского учреждения.

6.2 Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам спортивных соревнований: паспорт, страховой полис обязательного медицинского страхования, оригинал договора о страховании несчастных случаев, жизни и здоровья, медицинская справка о допуске к участию в спортивном соревновании (для спортсменов, не имеющих отметки врача в заявке на участие в спортивных соревнованиях).

6.3 Также, во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Минздрава

России от 10.08.2015 № 549и), участниками спортивных соревнований предоставляется информированное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по утвержденной форме. (Приложение 1,2)

VII. Условия подведения итогов

7.1 Занятые места в командном, личном первенстве и парном разрядах, определяются в соответствии с положением, протоколами и правилами соревнований среди мужчин и женщин отдельно.

7.2 Сроки предоставления ОО «АОФНТ» итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании – не позднее 3-х дней со дня окончания спортивного соревнования.

VIII. Награждение победителей и призеров

8.1 Чемпионы и призеры соревнований в каждом виде соревнований награждаются дипломами, грамотами, медалями, кубками соответствующих степеней.

IX. Условия финансирования

9.1 Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2 Расходы по приобретению дипломов, грамот, медалей, кубков несет ОО «АОФНТ» за счёт стартового взноса.

9.3 Расходы по оплате услуг спортивного сооружения, оплате питания судейской бригады, приобретению 2-х кубков несёт ГАУ АО «РЦСП».

9.4 Стартовый взнос 500 рублей на приобретение наградной атрибутики, канцелярских товаров.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.

(дата оформления)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
_____ (Ф.И.О. гражданина)
“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ”

г.

_____ (дата оформления)