

Утверждаю  
Президент Федерации городского городского спорта  
Д. Кондрашов  
«    »    2022 г.

Утверждаю  
Генеральный директор ГАУ АО «РЦСР»  
Е. И. Лобанов  
«    »    2022 г.

Согласовано  
Министр по физической культуре и спорту Амурской области  
Д. Г. Кутека  
«    »    2022 г.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
Чемпионат Амурской области по городошному спорту среди мужчин  
(Номер-код вида спорта: 0670002411Я)

г. Белогорск  
07-10 мая 2022 г.

## **I. Общие положения**

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

1.2. Спортивное соревнование проводится в соответствии с правилами вида спорта «городошный спорт», утвержденными приказом Минспорта Российской Федерации от «06» июля 2020 г. № 494.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2. Популяризация и развитие городошного спорта в Амурской области среди молодежи.

1.3.3. Повышение спортивного мастерства.

1.3.4. Выполнение разрядных нормативов.

1.4. Участникам турнира 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 соревнования осуществляет государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее – ГАУ АО «РЦСП») совместно с федерацией городошного спорта Амурской областной.

2.2. Непосредственное проведение соревнования возлагается на главную судейскую коллегия, утвержденную приказом ГАУ АО «РЦСП».

## **III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинское 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 до-

говора (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев, который предоставляется в комиссию по допуску 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 07-10 мая 2022 г. в г. Белогорск, ул. Международная 52, ст. «Локомотив»

4.2 Соревнования лично-командные, к участию в соревнованиях допускаются команды Амурской области.

#### **V. Требования к участникам и условия их допуска**

5.1 Соревнования лично-командные, к участию в соревнованиях допускаются команды Амурской области. Участники должны иметь при себе собственный спортивный инвентарь и городки.

5.2 Все участники должны быть застрахованы от несчастных случаев на весь период соревнований. Состав команды 3+1 и 1 тренер представитель.

#### **VI. Заявки на участие**

6.1 Именные заявки, заверенные врачом и документы, подаются в комиссию по допуску в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 06 мая 2022 г. г. по телефону –8(914)558-15-10– Кондрашов Дмитрий Владимирович, президент федерации городошного спорта ДФО

6.2 Комиссии по регистрации и допуску участников предоставляются документы: заявки, заверенные врачом и печатью медицинского учреждения, паспорт, свидетельство о рождении (оригинал), договор о страховании (оригинал).

6.3 Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н), 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 Итоги подводятся согласно действующих правил по виду спорта.

7.2 Сроки предоставления спортивной федерацией итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном

носителях в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования. По окончании соревнований формирование сборных команд для участия в чемпионате и в первенствах ДФО.

7.3 Места команд при круговой системе розыгрыша определяется по наибольшей сумме набранных очков во всех встречах. За выигрыш начисляется – 2 очка, за ничью - 1 очко, за проигрыш - 0 очков. В случае равенства победитель определяется по количеству выбитых сложных фигур.

### **VIII. Награждение победителей и призеров**

8.1 Команде-победительнице присваивается звание чемпиона Амурской области по городошному спорту, награждается почетным кубком, дипломом 1-ой степени, игроки – медалями. Команды, занявшие 2 и 3 места, награждаются дипломами соответствующих степеней и кубками.

### **IX. Условия финансирования**

9.1 Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2 ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по приобретению кубков, грамот, медалей, оплаты работы медицинского персонала и оплате питания судейской, рабочей бригадам.

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования**

**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)