

Согласовано

Министр по физической  
культуре и спорту Амурской  
области

Д.Г. Кутека  
«    »    2022 г.

Утверждаю

Председатель РООО «Всероссийская  
Федерация гиревого спорта» в  
Амурской области

О.В. Языкова  
«    »    2022 г.



Утверждаю

Генеральный директор ГАУ АО  
«Региональный центр спортивной  
подготовки»

Е.И. Лобанов  
«    »    2022 г.

Утверждаю

Начальник отдела ФК и спорта  
администрации г. Свободного

А.В. Землянов  
«    »    2022 г.



## ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении чемпионата Амурской области по гиревому спорту среди  
мужчин и женщин 2004 г.р. и старше.  
(Номер-код вида спорта 06001411Я50)

г. Свободный  
29 – 30 апреля 2022 г.

## **I. Общие положения**

1.1. Спортивные соревнования чемпионат Амурской области по гиревому спорту среди мужчин и женщин 2004 г.р. и старше (далее – соревнования) проводятся в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области 2022 года.

1.2. Цели и задачи:

1.2.1. Выявление сильнейших спортсменов для формирования сборной команды Амурской области;

1.2.2. Подготовка спортивного резерва;

1.2.3. Привлечение населения к систематическим занятиям гиревым спортом;

1.2.4. Развитие гиревого спорта в городах и районах Амурской области.

1.3. Соревнования проводятся в соответствии с правилами вида спорта «гиревой спорт», утвержденными приказом Минспорта России от 23 декабря 2014 г. № 1053.

1.4. При проведении соревнований запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований, а также 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<sup>2</sup> 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 министерство по физической культуре и спорту Амурской области.

2.2. Непосредственное проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную региональным отделением общероссийской общественной организации «Всероссийская федерация гиревого спорта» в Амурской области.

## **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 договора (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев, который представляется в мандатную комиссию 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. Место проведения соревнований: г. Свободный, ул. Ленина 44, МАУ СШ №1. Дата проведения: 30 апреля 2022 года.

4.2. Программа соревнований:

29 апреля:

- Подготовка места проведения соревнований, работа главного судьи и главного секретаря по подготовке документов соревнований.

- День приезда команд, размещение.

30 апреля:

8:00 – 09:30 – работа комиссии по регистрации и допуску участников, взвешивание участников и жеребьевка;

10:15 – выступление участников соревнований;

15:30 – награждение победителей и призеров, закрытие соревнований.

4.3. Планируемое количество участников: 100 человек.

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

5.1. Соревнования проводятся по двоеборью (толчок, рывок) и рывку у девушек и женщин, регламент времени на выполнение упражнения – 10 минут.

5.2. Участвуют все желающие спортсмены, прошедшие учебно – тренировочную подготовку по гиревому спорту. Количество участников не ограничено.

5.3. Соревнования проводятся с гирями весом 16,24,32 кг.

5.4. Категории участников:

5.4.1. Мужчины 2004 г.р. и старше с гирями 24 кг. Весовые категории до 63 кг, 68 кг, 73 кг, 78 кг, 85 кг, 95 кг, +95 кг. или с гирями 32 кг с умноженным коэффициентом x 1.8.

5.4.2. Девушки 2004 г.р. и старше с гирями 16 кг. Весовые категории до 63 кг, +63 кг.

5.4.3. Командное первенство среди мужчин и женщин определяется из 6-ти лучших результатов. 1 место – 20 очков, 2 место – 18 очков, 3 место – 16 очков, 4 место – 15 очков и т.д.

## **VI. Заявки на участие**

6.1. Предварительные заявки на участие в соревнованиях подаются до 25 апреля 2022 года на электронный адрес [devilish396@gmail.com](mailto:devilish396@gmail.com) или WhatsApp тел. 89145546765 Портнягин Вячеслав Сергеевич

6.2. Участники соревнований предоставляют в комиссию по допуску и регистрации участников следующие документы:

- паспорт;
- страховой полис обязательного медицинского страхования;
- договор о страховании несчастных случаев, жизни и здоровья (оригинал);
- заявку установленного образца (приложение 1), заверенную печатью командирующей организации, визой врача о допуске каждого участника, печатью медицинского учреждения, осуществляющего допуск спортсмена к соревнованиям;
- допуск отдельного участника производится на основании оформленной в соответствии со всеми требованиями справки к участию в спортивных соревнованиях, (спортсмены, не имеющих справку врача, заверенную подписью и личной печатью, печатью медицинского учреждения, к участию в спортивных соревнованиях не допускаются).

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 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 2,3).

## **VII. Условия подведения итогов**

7.1. Места участников соревнований определяются в соответствии с протоколами и правилами соревнований.

7.2. Победители и призеры соревнований определяются по наилучшему результату в каждой весовой категории.

7.3. Протесты принимаются судьейской коллегией согласно правилам соревнований по гиревому спорту.

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

8.1. Победители награждаются кубками, медалями и грамотами соответствующих степеней. Призеры соревнований награждаются медалями и грамотами соответствующих степеней.

## **IX. Условия финансирования**

9.1. Расходы по командированию участников и судей соревнований несут командирующие организации.

9.2. Расходы по награждению победителей и призеров кубками и медалями производится за счет ГАУ АО «Региональный центр спортивной подготовки», 27 медалей и 12 кубков для победителей.

9.3. Расходы по подготовке места проведения соревнований, производятся за счет средств отдела ФК и спорта администрации г. Свободного.

9.4. РОООО «Всероссийская федерация гиревого спорта» в Амурской области несет расходы по оплате питания судейской и рабочим бригадам, медперсоналу в дни соревнований.

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования**

Приложение №1

УТВЕРЖДАЮ:  
Директор командирующей организации

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

**ЗАЯВКА**

На участие в

Дата проведения: \_\_\_\_\_ место проведения: \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Спортивный разряд (звание)	ФСО/ ведомство	Весовая категория	Дисциплина/лучший соревновательный результат в данной весовой категории	Фамилия, Имя, Отчество тренера	Виза врача

Представитель \_\_\_\_\_ Тренер \_\_\_\_\_ Всего допущено \_\_\_\_\_ чел. Врач \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

Судья \_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_ г.р.  
(Ф.И.О. гражданина)

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. № 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медикосанитарной 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)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления, год)

**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, \_\_\_\_\_ г.р.  
(Ф.И.О. гражданина)

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 работникам \_\_\_\_\_  
(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.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя  
гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)