



INZIA **OGGI** UN CAMBIAMENTO POSITIVO!

PROGRAMMA FITNESS DIPENDENTI ITALIANI

(AR 600-63, Promozione della salute)

Dedicato ai dipendenti italiani

IL PROGRAMMA DI FITNESS PER IL PERSONALE CIVILE SI PROPONE DI MIGLIORARE LA SALUTE, LA FORMA FISICA E LA QUALITÀ DELLA VITA DEI DIPENDENTI CIVILI DEL DIPARTIMENTO DELL'ESERCITO, INCLUSI I DIPENDENTI ITALIANI, AUMENTANDO COSÌ IL BENESSERE ORGANIZZATIVO E LA PRODUTTIVITÀ DELLA MISSIONE.

MODULI DI ISCRIZIONE DA CONSEGNARE ALL'INIZIO DEL PROGRAMMA

Aggiornato September 2021

Contenuti

1. Contenuti	pagina 2
2. Benvenuti e congratulazioni	pagina 3
3. Programma di fitness: primi passi verso il successo	pagina 4
4. Iscrizione e approvazione	pagina 5
5. Civilian Fitness Program Participation Agreement (English)	pagina 6
6. Certificato medico e liberatoria	pagina 7
7. Certificato di idoneita' alla'attivita sportiva non agonistica	pagina 8
8. OPM Form 71 – Request for Leave or Approved Absence Form Esempio	pagina 9

Benvenuti e congratuzioni!

Benvenuto/a nel Programma di Fitness dedicato ai dipendenti civili!

Questo programma è su base volontaria, previa approvazione del supervisore. Ci congratuliamo con te per aver fatto il primo passo verso uno stile di vita più sano.

Ti chiediamo di leggere attentamente questa informativa che illustra tutti i passaggi necessari per iscriversi al programma di fitness. Nota che la tua domanda d'iscrizione sarà accettata solo se completa di tutta la documentazione prevista.

**Per eventuali chiarimenti si prega di inviare una mail a:
usarmy.usag-italy.id-europe.list.CR2C-Civilian-Fitness-Program@mail.mil**

Fitness per personale civile

Passi verso il successo

Step 1:

Clicca sul link <https://www.surveymonkey.com/r/programmadifitness> oppure scannerizza il codice QR code per completare il questionario per il programma di fitness dedicato al personale civile.



STEP 2:

Rivolgiti a un medico specialista dello sport per ottenere il certificato medico non agonistico.

STEP 3:

Completa i moduli per l'iscrizione al programma di fitness e consegna il pacchetto al tuo supervisore per approvazione.

STEP 4:

Congratulati con te stesso/a per il duro lavoro fatto per migliorare il tuo stile di vita!

Accordo di partecipazione al programma di fitness per dipendenti civili

RICHIESTA DEL DIPENDENTE: (da completare, firmare e consegnare al supervisore)

Il/la sottoscritto/a, _____ (nome e cognome) chiede l'autorizzazione a partecipare al suddetto Programma di Fitness secondo le seguenti modalità:

___ Mi impegno a presentare una richiesta di permesso amministrativo al mio supervisore per ogni attività/ora di fitness che sarà registrata nel foglio presenze. Sono consapevole che la partecipazione al programma autorizza fino a un massimo di tre (3) ore di permesso per settimana e comunque non più di un'ora (1) al giorno.

N.B. Le ore dei dipendenti in regime di lavoro part-time saranno ripartite in proporzione

___ Ho letto il programma di promozione della salute e del fitness di IMCOM e mi impegno a rispettare tutti i requisiti previsti.

___ Sono consapevole che la partecipazione al programma è su base volontaria, non mi spetta di diritto ed è soggetta all'approvazione del supervisore in funzione delle esigenze di servizio.

Nome, cognome e firma del dipendente

data

DECISIONE DEL SUPERVISORE: (segnare dove previsto, completare e firmare)

___ APPROVO la partecipazione del dipendente al programma senza restrizioni. Tuttavia, mi riservo il diritto di annullare o modificare la frequenza in base al carico di lavoro e/o esigenze di servizio.

___ APPROVO l'uso di permessi amministrativi concessi per la partecipazione al programma. Tuttavia, mi riservo il diritto di cancellare o modificare la frequenza in base al carico di lavoro e/o esigenze di servizio.

Modifiche: _____

___ La richiesta di partecipazione al momento non è autorizzata per i seguenti motivi:

Nome, cognome e firma del supervisore

data

Civilian Fitness Program Participation Agreement

EMPLOYEE REQUEST: (Complete in entirety, sign, and provide to your supervisor)

I, _____ (name) request approval to participate in the Civilian Fitness Program as follows:

___ I agree to submit an Administrative Leave request to my supervisor for each fitness activity encounter in the appropriate time management system. I understand I may be granted up to three (3) hours per week, no more than one (1) hour per day, to participate in the program.

****Note: Part-time employee's hours will be prorated per the policy.****

___ I have read the IMCOM Civilian Fitness and Health Promotion Program policy and agree to comply with all requirements.

___ I certify that, to the best of my knowledge, I am not aware of any medical conditions or limitations that would put me at risk of injury or illness while participating in this program.

___ I understand that my participation in the program is voluntary. Participation is not an entitlement and is subject to approval by my supervisor as directed by mission requirements.

Employee's Name and Signature

Date

SUPERVISOR DECISION: (Mark one action below, complete, and sign)

___ The employee has been APPROVED to participate in the program without restriction. However, I retain the right to cancel or amend program participation as necessary, subject to workload and/ or mission requirements.

___ The employee's use of regularly scheduled Administrative Leave is APPROVED subject to the following modifications. However, I retain the right to cancel or amend program participation as necessary, subject to workload and/ or mission requirements.

Modifications: _____

The requested participation in the Civilian Fitness Program is currently DENIED for the following reason(s):

Supervisor's Name and Signature

Date

LOCAL NATIONAL RELEASE

[DICHIARAZIONE LIBERATORIA]

I, the undersigned, _____, born on _____
(Full name / cognome, nome) (birth date / data di nascita)

in _____, SSN: _____
(place of birth / luogo di nascita) (social security no. / codice fiscale)

residing at _____
(residential address / indirizzo di residenza)

state, by my own choice that:

[dichiaro sotto la mia personale responsabilità:]

- I understand and acknowledge that use of the sports and recreation facilities located within USAG Italy (e.g., the Morale, Welfare and Recreation (MWR) facilities) is not covered by, under the authority of, or with the benefit of the ITALY – USA bilateral agreements; that the authorization to utilize the facilities is valid for one year; that at its expiration, the authorization is subject to review and may or may not be renewed;
[di essere a conoscenza che l'utilizzo degli impianti sportivi e ricreativi ubicati all'interno di infrastrutture di USAG Italy (ad esempio, Morale, Welfare and Recreation (MWR)) non è coperto da né gode dei benefici derivanti dagli accordi bilaterali ITALIA – USA; che l'autorizzazione ad utilizzare i suddetti impianti ha validità annuale; che alla scadenza la stessa è sottoposta a revisione e potrebbe anche non essere rinnovata;]

- I hereby release the Italian and United States governments, their organizations, administrators, agents, officers, members, volunteers and employees and other participating personnel from any and all liability for any incident that may result from the entry and stay in the installation and from the use of the said sports and recreation facilities.

[di sollevare l'Amministrazione della Difesa italiana e statunitense da ogni responsabilità per qualsiasi incidente derivante dall'ingresso e dalla permanenza nell'installazione e dall'utilizzo dei predetti impianti sportivi e ricreativi.]

Signed _____, on _____
(Signature/Firma) (Date/Data)

Questo documento deve essere su carta intestata del medico.

Nome della struttura medica

Responsabile [Nome del medico]

Autorizzazione Regione Veneto [Regione]

[Cognome] [Nome]

[Indirizzo1]

[Indirizzo2]

[NumPrest]

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome e Nome: [Cognome] [Nome]

Nato/a a: [LuogoNascita]

Nato/a il: [DataNascita]

Residenza: [Indirizzo1]

Città: [Indirizzo2]

L'atleta [Cognome] [Nome] nata/o il [DataNascita] sulla base della visita medica, dei valori di pressione arteriosa e del referto ECG eseguito in data odierna, non presenta controindicazioni cliniche in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità di 1 anno e decade il [Dattero]

Vicenza, [Data di oggi]

[Firma del medico]

[Credenziali del medico]

Request for Leave or Approved Absence

1. Name (Last, first, middle)	2. Employee or Social Security Number (Enter only the last 4 digits of the Social Security Number (SSN))
-------------------------------	--

3. Organization

4. Type of Leave/Absence <small>(Check appropriate box(es) below)</small>	Date		Time		Total Hours	5. Family and Medical Leave
	From	To	From	To		
<input type="checkbox"/> Accrued Annual Leave						If annual leave, sick leave, or leave without pay will be used under the Family and Medical Leave Act of 1993, please provide the following information: <input type="checkbox"/> I hereby invoke my entitlement to Family and Medical Leave for: <input type="checkbox"/> Birth/Adoption/Foster Care <input type="checkbox"/> Serious health condition of spouse, son, daughter, or parent <input type="checkbox"/> Serious health condition of self <i>Contact your supervisor and/or your personnel office to obtain additional information about your entitlements and responsibilities under the Family and Medical Leave Act. Medical certification of a serious health condition may be required by your agency.</i>
<input type="checkbox"/> Restored Annual Leave						
<input type="checkbox"/> Advanced Annual Leave						
<input type="checkbox"/> Accrued Sick Leave						
<input type="checkbox"/> Advanced Sick Leave						
Purpose: <input type="checkbox"/> Illness/injury/incapacitation of requesting employee <input type="checkbox"/> Medical/dental/optical examination of requesting employee <input type="checkbox"/> Care of family member, including medical/dental/optical examination of family member, or bereavement <input type="checkbox"/> Care of family member with a serious health condition <input type="checkbox"/> Other						
<input type="checkbox"/> Compensatory Time Off						
<input checked="" type="checkbox"/> Other Paid Absence <small>(Specify in Remarks)</small>						
<input type="checkbox"/> Leave Without Pay						

6. Remarks:

Admin Leave for Army Fitness Program 1300-1400 2,4,6,9,11,13,18,20,23,25,27 Aug 2021

7. **Certification:** I hereby request leave/approved absence from duty as indicated above and certify that such leave/absence is requested for the purpose(s) indicated. I understand that I must comply with my employing agency's procedures for requesting leave/approved absence (and provide additional documentation, including medical certification, if required) and that falsification on this form may be grounds for disciplinary action, including removal.

7a. Employee Signature	7b. Date
------------------------	----------

8a. **Official Action on Request:** **Approved** **Disapproved** *(If disapproved, give reason. If annual leave, initiate action to reschedule.)*

8b. Reason for Disapproval:

8c. Supervisor Signature	8d. Date
--------------------------	----------

PRIVACY ACT STATEMENT

Section 6311 of Title 5, United States Code, authorizes collection of this information. The primary use of this information is by management and your payroll office to approve and record your use of leave. Additional disclosures of the information may be: to the Department of Labor when processing a claim for compensation regarding a job connected injury or illness; to a State unemployment compensation office regarding a claim; to Federal Life Insurance or Health Benefits carriers regarding a claim; to a Federal, State, or local law enforcement agency when your agency becomes aware of a violation or possible violation of civil or criminal law; to a Federal agency when conducting an investigation for employment or security reasons; to the Office of Personnel Management or the General Accounting Office when the information is required for evaluation of leave administration; or the General Services Administration in connection with its responsibilities for records management.

Public Law 104-134 (April 26, 1996) requires that any person doing business with the Federal Government furnish a social security number or tax identification number. This is an amendment to Title 31, Section 7701. Furnishing the social security number, as well as other data, is voluntary, but failure to do so may delay or prevent action on the application. If your agency uses the information furnished on this form for purposes other than those indicated above, it may provide you with an additional statement reflecting those purposes.