

**MUY
IMPORTANTE**



CIRCULAR N° 10
DEPOSITADA EN CASILLERO
FECHA 20/02/2007

Unión de Rugby de Buenos Aires

U.R.B.A. - Pacheco de Melo 2120 (1126) Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 4805-5858 Fax: (011) 4806-9933
e-mail: melo2120@urba.org.ar

Buenos Aires, 14 de Febrero de 2007.-

Señor
Secretario
Presente

CIRCULAR N° 10 /2007

**Ref: actividades para médicos de clubes -
Temporada 2007**

De mi consideración:

Me dirijo al Sr. Secretario con relación al tema de referencia a fin de hacerle llegar el cronograma estimado de actividades a desarrollar por el Departamento Médico de esta Unión para los profesionales de la salud de nuestros clubes.

La actividad programada es la siguiente:

- 14 de marzo: Actualización en Doping. Dr. Marcelo Saco
- 11 de abril: Patología ocular y rugby. Dr. Miguel Hernández
- 09 de mayo: manejo de adicciones en el jugador de rugby. Lic. Alfredo Fenili
- 04 de julio: Pautas Nutricionales. Lic. Romina Garavaglia
- 15 de agosto: Vendajes y taping. Lic. Martín Zucciatti
- 12 de septiembre: Smart Rugby. Dr. Enrique Basso

Asimismo le informamos que pueden solicitar a esta Unión charlas informativas de temas médicos y control doping.

Es el criterio de esta Unión el de incrementar las relaciones y la comunicación entre el Departamento Médico y los profesionales de las entidades afiliadas. Es por eso que creemos muy importante conocer a los representantes médicos de cada Club y mantener contacto con ellos a fin de conocer sus inquietudes como asimismo las necesidades de cada Institución, mejorando así el apoyo que brindamos a los Clubes, con el consecuente beneficio para nuestros jugadores.

Se adjunta un formulario para ser completado con los datos de los mismos a fin de poder tener una comunicación fluida entre los mismos y el Departamento Médico de la Unión de Rugby de Buenos Aires.-

Saludo al Sr. Secretario muy atentamente.-

ME

CARLOS RIGHI
Secretario

REFERENCIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE CLUB

CLUB:

NOMBRE	
Médico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo <input type="checkbox"/>	
e-mail	
Teléfono celular	
Teléfono oficina	
Otro teléfono	

NOMBRE	
Médico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo <input type="checkbox"/>	
e-mail	
Teléfono celular	
Teléfono oficina	
Otro teléfono	

NOMBRE	
Médico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo <input type="checkbox"/>	
e-mail	
Teléfono celular	
Teléfono oficina	
Otro teléfono	

NOMBRE	
Médico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo <input type="checkbox"/>	
e-mail	
Teléfono celular	
Teléfono oficina	
Otro teléfono	