

In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale

## Dichiarazione dei soggetti titolari dei requisiti professionali per strutture e impianti per lo svolgimento di attività fisico-motorie

### Il sottoscritto

|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       |                              |     |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |        | Nome           |                  | Codice Fiscale              |              |                               |       |                              |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             | Cittadinanza |                               |       |                              |     |
| Residenza          |        |                |                  |                             |              |                               |       |                              |     |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |                  | Civico                      | Barrato      | Scala                         | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |              | Posta elettronica certificata |       |                              |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|  |        |                             |  |                               |           |                   |       |                              |     |
|--|--------|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------------------|-----|
| Ruolo  |        |                             |  |                               |           |                   |       |                              |     |
| Denominazione/Ragione sociale                            |        |                             |  |                               | Tipologia |                   |       |                              |     |
| Sede legale  |        |                             |  |                               |           |                   |       |                              |     |
| Provincia  | Comune | Indirizzo                   |  | Civico                        | Barrato   | Scala             | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Codice Fiscale   |        |                             |  | Partita IVA                   |           |                   |       |                              |     |
| Telefono   |        | Posta elettronica ordinaria |  | Posta elettronica certificata |           |                   |       |                              |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |        |                             |  |                               | Provincia | Numero Iscrizione |       |                              |     |

### COMUNICA

i soggetti titolari dei requisiti professionali previsti per lo svolgimento dell'attività.

**coordinatore delle attività fisico-motorie svolte all'interno della struttura/impianto**

*(articolo 3 della Legge regionale 29/12/2014, n. 29)*

|                 |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |
|-----------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome         |        | Nome      |                  | Codice Fiscale |              |       |       |                              |     |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |                | Cittadinanza |       |       |                              |     |
| Residenza       |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico         | Barrato      | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |

| Titolo di studio      |                           | Nome dell'istituto | Anno di conseguimento |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | laurea in scienze Motorie |                    |                       |
| <input type="radio"/> | diploma ISEF              |                    |                       |
| <input type="radio"/> | altro titolo equipollente |                    |                       |

**gestore delle attività fisico-motorie svolte all'interno della struttura/impianto**

|                 |        |           |                  |                |                          |
|-----------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------------------|
| Cognome         |        | Nome      |                  | Codice Fiscale |                          |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |                | Cittadinanza             |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Residenza       |        |           |                  |                |                          |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico         | Barrato                  |
|                 |        |           |                  |                | Scala                    |
|                 |        |           |                  |                | Piano                    |
|                 |        |           |                  |                | SNC                      |
|                 |        |           |                  |                | <input type="checkbox"/> |
|                 |        |           |                  |                | CAP                      |
|                 |        |           |                  |                |                          |

| Titolo di studio      |                           | Nome dell'istituto | Anno di conseguimento |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | laurea in scienze Motorie |                    |                       |
| <input type="radio"/> | diploma ISEF              |                    |                       |
| <input type="radio"/> | altro titolo equipollente |                    |                       |

**responsabile sanitario**

|                 |        |           |                  |                |                          |
|-----------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------------------|
| Cognome         |        | Nome      |                  | Codice Fiscale |                          |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |                | Cittadinanza             |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Residenza       |        |           |                  |                |                          |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico         | Barrato                  |
|                 |        |           |                  |                | Scala                    |
|                 |        |           |                  |                | Piano                    |
|                 |        |           |                  |                | SNC                      |
|                 |        |           |                  |                | <input type="checkbox"/> |
|                 |        |           |                  |                | CAP                      |
|                 |        |           |                  |                |                          |

| Specializzazione      |                      | Nome dell'istituto | Anno di conseguimento |
|-----------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | medicina dello sport |                    |                       |
| <input type="radio"/> | cardiologia          |                    |                       |

**direttore tecnico**

*(articolo 4 della Legge Regionale 29/12/2014, n. 2)*

|                 |        |           |                  |                |                          |
|-----------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------------------|
| Cognome         |        | Nome      |                  | Codice Fiscale |                          |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |                | Cittadinanza             |
|                 |        |           |                  |                |                          |
| Residenza       |        |           |                  |                |                          |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico         | Barrato                  |
|                 |        |           |                  |                | Scala                    |
|                 |        |           |                  |                | Piano                    |
|                 |        |           |                  |                | SNC                      |
|                 |        |           |                  |                | <input type="checkbox"/> |
|                 |        |           |                  |                | CAP                      |
|                 |        |           |                  |                |                          |

| Titolo di studio      |   | Nome dell'istituto | Anno di conseguimento |
|-----------------------|---|--------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | laurea quadriennale in scienze Motorie  |                    |                       |
| <input type="radio"/> | laurea magistrale in scienze e tecniche delle attività sportive (LM68)  |                    |                       |
| <input type="radio"/> | laurea magistrale in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate (LM67)                     |                    |                       |
| <input type="radio"/> | laurea magistrale in management dello sport (LM47) nonché in possesso della laurea triennale in scienze motorie |                    |                       |
| <input type="radio"/> | diploma ISEF  |                    |                       |

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*

altri allegati (specificare)

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**