

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	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					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	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					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**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Titolo di studio			Nome dell'istituto			Anno di conseguimento			
☐ laurea in scienze Motorie									
☐ diploma ISEF									
☐ 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	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Titolo di studio			Nome dell'istituto			Anno di conseguimento			
☐ laurea in scienze Motorie									
☐ diploma ISEF									
☐ altro titolo equipollente									

☒ **responsabile sanitario**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Specializzazione			Nome dell'istituto			Anno di conseguimento			
☐ medicina dello sport									
☐ cardiologia									

☒ **direttore tecnico**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Specializzazione

☐

laurea quadriennale in scienze Motorie

Nome dell'istituto

Anno di conseguimento

☐

laurea magistrale in scienze e tecniche delle
attività sportive (LM68)

☐

laurea magistrale in scienze e tecniche delle
attività motorie preventive e adattate (LM67)

☐

laurea magistrale in management dello sport
(LM47) nonché in possesso della laurea
triennale in scienze motorie

☐

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