

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 <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale							Tipologia				
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	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

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Specializzazione				Nome dell'istituto			Anno di conseguimento				
<input type="radio"/> medicina dello sport											
<input type="radio"/> 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
- 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

Nome dell'istituto

Anno di conseguimento

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