



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		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
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		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

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  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  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  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**