

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					
<b>in qualità di</b> <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	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					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo di studio			Nome dell'istituto		Anno di conseguimento				
<input type="radio"/> laurea in scienze Motorie			<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<input type="radio"/> diploma ISEF			<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<input type="radio"/> altro titolo equipollente			<input type="text"/>		<input type="text"/>				

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

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo di studio			Nome dell'istituto		Anno di conseguimento				
<input type="radio"/> laurea in scienze Motorie			<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<input type="radio"/> diploma ISEF			<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<input type="radio"/> altro titolo equipollente			<input type="text"/>		<input type="text"/>				

**responsabile sanitario**

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

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

### 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