



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

*(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      | Interno | 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 |                    |                       |

**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                      |
|                 |        |           |                  |                | <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        | Interno                  |
|                 |        |           |                  |                |                          |
|                 |        |           |                  | 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        | Interno                  |
|                 |        |           |                  |                |                          |
|                 |        |           |                  | 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)

Trenzano

Luogo

Data

il dichiarante