



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

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

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
					CAP
					<input type="checkbox"/>

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)

Belpasso

Luogo

Data

il dichiarante