

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**

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	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)

Belpasso

Luogo

Data

il dichiarante