

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)

Osio Sopra

Luogo

Data

il dichiarante