



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

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	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	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	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)

Osio Sotto

Luogo

Data

il dichiarante