



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	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	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	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	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	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	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)

Brembate di Sopra

Luogo

Data

il dichiarante