



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 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 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 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)

Montichiari

Luogo

Data

il dichiarante