

**All'Amministrazione Provinciale
Servizio Sport
Piazza S. Leone, 1
51100 PISTOIA**

**DOMANDA PER L'APERTURA DEI CORSI
DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA (A.F.A)
Soggetto presentatore della domanda**

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. 445 DEL 28/12/00)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a a (luogo) _____ (sigla provincia) _____

residente in (luogo) _____ (sigla provincia) _____

Via _____ n. _____

autorizzato/a a rappresentare legalmente l'Associazione/Ente (ragione sociale e forma giuridica)

con sede legale in (luogo) _____ (sigla provincia) _____

Via _____ n. _____

codice fiscale/partita IVA _____ conscio delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R n. 445/00

di essere disponibile ad aprire un Corso di "ATTIVITA' FISICA ADATTATA" e a tal fine

DICHIARA

- che la sede del Corso per l'attività motoria adattata – A.M.A. si terrà presso i locali ubicati in _____ presso la struttura avente la seguente denominazione _____, di proprietà di _____ tratta si di locali aventi le seguenti caratteristiche (breve descrizione riportante anche la disponibilità dei servizi igienici messi a disposizione):

_____;

l'accesso alla struttura è posto (indicare, il piano ed eventuale presenza di scale, gradini e/o la presenza di ascensore):

_____;

- che i locali di esercizio dell'attività rispettano le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, di edilizia, di urbanistica e di sicurezza sono coperti da regolare polizza assicurativa (come da dichiarazione del proprietario allegata);

- che per la conduzione dei Corsi A.F.A. intendono avvalersi dei seguenti professionisti di cui allegano un curriculum formativo e professionale:

Cognome _____ Nome _____
data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale _____ (16 caratteri)
Residente a _____ (Prov. _____)
Titolo professionale posseduto _____

Cognome _____ Nome _____
data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale _____ (16 caratteri)
Residente a _____ (Prov. _____)
Titolo professionale posseduto _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- che i/il corso/ i avranno il seguente calendario:

GIORNI	DALLE ORE ALLE ORE	PROFESSIONISTA INCARICATO

- di impegnarsi a stipulare apposita polizza assicurativa da porsi a carico degli utenti dando atto che il costo di tale polizza non supererà i 15,00 € procapite

- di mantenere il prezzo del corso alla cifra di 2,00 € a seduta per le palestre e di 2,50 per le piscine
- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente domanda e dei relativi procedimenti;

- di essere a conoscenza e di accettare espressamente nella sua qualità di soggetto terzo tutte le condizioni, modalità e particolari riportati nell'**ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA PROVINCIA DI PISTOIA, AZIENDA USL 3 DI PISTOIA, SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VALDINIEVOLE E SOGGETTI TERZI;**

Si allega:

- 1) Curriculum del professionista incaricato del Corso e presa d'impegno del medesimo (allegato B.1);**
- 2) Dichiarazione del proprietario dell'impianto circa il rispetto delle vigenti norme in materia igienico-sanitaria, di edilizia, di urbanistica e di sicurezza, nonché coperti da polizza assicurativa.**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di quanto disposto dagli artt. 46 e 46 del DPR 445/2000 e dall'art. 1 del DPR 403/1998, dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della possibile decadenza dal diritto di assegnazione del servizio richiesto in caso di dichiarazioni false.

INFORMATIVA D. LGS. 196/2003

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. Ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n. 196 del 30.6.2003, in ordine al procedimento instaurato da questa richiesta, il sottoscritto dichiara di essere stato informato che:

- a) le finalità cui sono destinati i dati raccolti ineriscono alla gestione degli impianti sportivi;*
- b) le modalità di trattamento ineriscono al mantenimento di archivi e all'elaborazione per ragioni contabili;*

- c) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, e si configura più esattamente come onere, nel senso che l'accesso agli impianti è subordinato alla prestazione della documentazione richiesta dall'Amministrazione;*
- d) la conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nell'esclusione dalla ammissione alla fruizione degli impianti sportivi.*

Il Titolare del trattamento è la Provincia di Pistoia – Servizio Sport – con sede in Piazza S. Leone, 1 Pistoia – Tel. 0573/374273-331 – email : s.pallini@provincia.pistoia.it; m.chiti@provincia.pistoia.it

Il responsabile del trattamento è la Dott.ssa Simona Pallini.

I diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'art. 7 , 8, 9 e 10 del D.Lgs 196/2003 , cui si rinvia

(luogo e data)_____

IL DICHIARANTE (firma per esteso)

Nota: La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma. Al presente modello deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità .

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETA' (D.P.R. 445 DEL 28/12/00) - (da compilare a cura del
professionista per ogni corso)**

Il sottoscritto
Qualifica.....nato a.....il.....
conscio delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R n. 445/00

per tenere il corso A.M.A nella sede.....
nei giorni.....
dalle ore.....alle ore.....

si impegna a

1) Procedere all'inserimento unicamente di soggetti inviati dal **centro di prenotazione (SUP) della USL** ed in possesso di **richiesta del medico prescrittore**, e a comunicare al SUP tempestivamente l'avvenuto inserimento. (referente USL 3 Emanuela Puccetti per e-mail e.puccetti@usl3.toscana.it).

2) I corsi si svolgeranno per i *periodi* di :
(**Settembre – Ottobre**),
(**Novembre – Dicembre**),
(**Gennaio – Febbraio**),
(**Marzo – Aprile**),
(**Maggio**),
(**Giugno**).

Verranno pagate anticipatamente il numero di lezioni individuate per il *periodo* di riferimento, se un utente verrà iscritto al corso non all'inizio del *periodo*, non dovrà pagare le lezioni antecedenti al suo inserimento nel corso. Nelle ultime 4 lezioni del corso si dovrà chiedere la conferma per l'iscrizione al prossimo corso, nel caso in cui l'utente non confermi l'adesione avvertire immediatamente il SUP della ASL del posto libero che si è liberato.

3) Rispettare il numero massimo di utenti previsti (n°).

- 4) Attenersi al protocollo di esercizi concordato e allegato.
- 5) Effettuare le valutazioni di ingresso secondo le modalità riportate nelle schede allegate e ripetere ogni 4 mesi nei soggetti che proseguono nelle attività.
- 6) Riportare sulla scheda elettronica Office Excel i dati del test di ingresso e quelli dell'ultimo test e spedirli per posta elettronica congiunta al:
Dr. Nicola Mochi n.mochi@usl3.toscana.it
e all'Ufficio Sport della Provincia di Pistoia m.chiti@provincia.pistoia.it .
- 7) **Giunti al termine della stagione** in cui si è svolta l'Attività Motoria Adattata, quindi nel periodo di **(Maggio)** o **(Giugno)** in base al periodo scelto per il termine dell'attività, l'insegnante dovrà chiedere ai corsisti che stanno frequentando, la riconferma per la stagione seguente che inizierà nel periodo (Settembre – Ottobre).
Spedire alla referente USL 3 Emanuela Puccetti per e-mail e.puccetti@usl3.toscana.it la lista dei nominativi che hanno dato conferma di frequentare i corsi programmati per la stagione seguente e i nominativi di chi non ha confermato. Questo per poter ripartire per la stagione seguente appena pronti e in **regola con la richiesta di riapertura corsi A.F.A. .**
- 8) **Entro il mese di Luglio** dovranno pervenire le nuove DOMANDE PER L'APERTURA DEI CORSI DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA (A.F.A) riguardanti la stagione futura compilando in ogni parte la modulistica necessaria. Nel caso ci fosse la NON volontà di continuare l'attività A.F.A. comunicarlo attraverso una formale disdetta. (es. il corso A.F.A. per la prossima stagione non sarà più attivo e sarà sospeso).
- 9) In riferimento al ruolo che l'insegnante ricopre dichiara la responsabilità del proprio operato.

.....li.....

IL PROFESSIONISTA (firma per esteso)

Nota: La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma. Al presente modello deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità .