

ALLEGATO A

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

**DOMANDA PER IL RINNOVO DEI CORSI  
DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA (A.F.A) per l'anno \_\_\_\_\_  
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. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ con sede legale in (luogo) \_\_\_\_\_ ( sigla provincia) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**chiede il rinnovo dei Corsi di "ATTIVITA' FISICA ADATTATA" e a tal fine  
DICHIARA**

- che la sede del Corso per l'attività fisica adattata – A.F.A si terrà presso i locali ubicati in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ presso la struttura avente la seguente denominazione \_\_\_\_\_, di proprietà \_\_\_\_\_ trattasi 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 (come da dichiarazione del proprietario allegata);
- che i locali 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\*:

**\* allegare il curriculum solo se sono subentrate variazioni rispetto all'anno precedente o nuovi soggetti**

---

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)  
 Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel/cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Titolo professionale posseduto \_\_\_\_\_

---

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)  
 Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel/cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 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 ad attuare apposita polizza assicurativa nei confronti degli utenti del corso e che tale costo di tale polizza non potrà superare i **10 € procapite**;
- di mantenere il prezzo alla cifra di **2,00 €** a seduta per le palestre e di **2,50 €** per le piscine da corrispondere all'inizio di ogni corso;

- 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 nel **PROTOCOLLO D'INTESA TRA PROVINCIA DI PISTOIA, AZIENDA USL 3 DI PISTOIA, SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VALDINIEVOLE (Delibera CP n. 105/17.4.2007)**;

**Si allega:**

- 1) **Presenza d'impegno del professionista incaricato del Corso (allegato B.) e Curriculum del medesimo\***  
**\*allegare il curriculum solo se sono subentrate variazioni rispetto all'anno precedente;**
- 2) **Dichiarazione del proprietario dell'impianto circa il rispetto delle vigenti norme in materia igienico - sanitaria, di edilizia, di urbanistica e di sicurezza, nonché di copertura mediante polizza assicurativa.**

Il sottoscritto dichiara inoltre 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 del progetto A.F.A;*
- b) le modalità di trattamento ineriscono al mantenimento di archivi e all'elaborazione per ragioni amministrative;*

*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](mailto:s.pallini@provincia.pistoia.it); [m.chiti@provincia.pistoia.it](mailto: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** (solo nel caso siano subentrate variazioni rispetto all'anno precedente – scadenza o nuovo soggetto) 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.....  
consocio 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.F.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**, in possesso di **richiesta del medico prescrittore**, e a comunicare al SUP tempestivamente l'avvenuto inserimento. (referente USL 3 Emanuela Puccetti per e-mail [l.cella@usl3.toscana.it](mailto:l.cella@usl3.toscana.it) .
- 2) I corsi si svolgeranno nei *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). Al termine di ogni periodo si dovrà chiedere conferma della presenza per il periodo successivo: nel caso in cui l'utente non confermi l'adesione informare tempestivamente il SUP della USL del posto libero che si è creato.

- 3) Rispettare il numero massimo di utenti previsti (n° ..... ).
- 4) Attenersi al protocollo di esercizi concordato.
- 5) Effettuare le valutazioni di ingresso secondo le modalità riportate nelle schede da consegnare a cura della USL. Le valutazioni dovranno essere ripetute **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](mailto:n.mochi@usl3.toscana.it) e all'Ufficio Sport della Provincia di Pistoia [m.chiti@provincia.pistoia.it](mailto:m.chiti@provincia.pistoia.it) .
- 7) **Giunti al termine della stagione** in cui si è svolta l'Attività Fisica Adattata l'insegnante dovrà:
- chiedere ai corsisti che stanno frequentando riconferma per la stagione seguente;
  - spedire alla referente USL 3 Livia Cella (e-mail [l.cella@usl3.toscana.it](mailto:l.cella@usl3.toscana.it) ) la lista dei nominativi che hanno dato conferma per la stagione seguente e i nominativi di chi non ha confermato
- 8) **Entro il 15 di Luglio** dovranno **obbligatoriamente** far pervenire al Servizio Sport della Provincia di Pistoia ( e-mail [m.chiti@provincia.pistoia.it](mailto:m.chiti@provincia.pistoia.it) ) comunicazioni relative a :
- **riconferma dei corsi per la stagione successiva;**
  - **eventuali variazioni** intervenute (ad esempio: giorni, orari, professionalità impiegate...);
  - **rinuncia formale** a proseguire l'attività dei corsi, anche parziale.

..... 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** (solo nel caso siano subentrate variazioni rispetto all'anno precedente – scadenza o nuovo soggetto) del sottoscrittore in corso di validità .