

Al Direttore del Distretto Sanitario N° .....

Al Direttore del Distretto Sociale N° .....

Sede.....

**Oggetto: Richiesta attivazione/adesione servizio di attività fisica adattata**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ email (personale) \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell' **Associazione** (indicare la denominazione completa dell' Associazione)

\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

iscritta nel registro CONI:      SI  indicare il numero \_\_\_\_\_ NO **Chiede di poter attivare:**

N° \_\_\_\_\_ corso/i di attività fisica adattata ALTA FUNZIONE (per persone con bassa disabilità)

N° \_\_\_\_\_ corso/i di attività fisica adattata BASSA FUNZIONE (per persone con alta disabilità)

**Presso la seguente struttura** (indicare l'indirizzo della sede di attività AFA, se altra da quella legale)

\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale / Partita Iva dell'Associazione** \_\_\_\_\_**Email dell'Associazione** \_\_\_\_\_**Telefono Associazione** \_\_\_\_\_**A tal fine consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**

**DICHIARA**

- che presso i locali in cui verrà attivato il servizio saranno garantite la sicurezza e le condizioni di pulizia e igiene dei locali.
- che il personale istruttore è in possesso dei requisiti (Laurea in Scienze Motorie o Fisioterapia o Diploma Isef) previsti dal progetto della ASL 3 per l'attivazione di corsi AFA ed è disponibile a frequentare, i corsi obbligatori, di formazione ASL 3 previsti dal progetto.

**SI IMPEGNA**

- a garantire e garantisce (ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e norme di armonizzazione di mantenere la segretezza e riservatezza riguardo a dati e informazioni personali e non ai quali abbia avuto accesso in virtù del presente Accordo anche dopo il termine dello stesso.
- a garantire e garantisce (ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e norme di armonizzazione che le persone autorizzate al trattamento dei dati personali si siano impegnate alla riservatezza od abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza.
- ad aderire ai programmi di esercizio proposti dalla ASL 3, a rispettare e far rispettare le norme previste nel progetto per l'organizzazione e l'accesso al servizio di AFA, così come predisposto e approvato dall'ASL 3.

Indica quali referenti tecnici per la suddetta attività:

- Titolare - Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

Formazione ASL effettuata: NO  SI  presso ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- Sostituto - Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

Formazione ASL effettuata: NO  SI  presso ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara, altresì, di autorizzare l'Asl 3 al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e norme di armonizzazione, per le finalità di gestione della presente richiesta e per quelle inerenti alla gestione delle attività AFA conferite.

In attesa di vostro riscontro porgiamo distinti saluti.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Timbro dell'Associazione \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) del legale rappresentante \_\_\_\_\_

Documento di identità del legale rappresentante n° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_