

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 piena adesione alla Procedura di Asl3 su Attività Fisica Adattata (pubblicata sul sito Web di Asl3)
- a rispettare e far rispettare le norme previste per l'organizzazione e l'accesso al servizio AFA, in particolar modo relativamente alle Modalità di accesso ad AFA per il Cittadino e per gli Erogatori
- a condividere con Asl3 tutte le azioni di miglioramento che potranno essere messe in atto per il controllo e il monitoraggio della Qualità del servizio
- a collaborare con Asl3 al fine di superare eventuali non conformità rilevate durante le azioni di monitoraggio di Asl3
- 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.

Indica quali referenti tecnici per la suddetta attività:

- **Titolare 1 - Sig./Sig.ra** _____

Tel. _____ e-mail _____

Formazione ASL effettuata: NO SI presso ASL _____ in data _____

- **Titolare 2 - Sig./Sig.ra** _____

Tel. _____ e-mail _____

Formazione ASL effettuata: NO SI presso ASL _____ in data _____

Quale responsabile legale 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** _____