

RICHIESTA ATTIVAZIONE CORSI AFA

Al Coordinatore Sanitario Zona/Distretto _____

Al Direttore SDS _____

OGGETTO: Richiesta adesione programmi AFA- Attività Fisica Adattata

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ prov. (_____)

in via _____ n. _____

Cod.fisc. _____

in qualità di legale rappresentante/Presidente della:
(indicare Società Sportiva, Ente, Associazione, Palestra etc.. per esteso)

Codice Fiscale/P.IVA della struttura _____

Referente tecnico per la suddetta attività:

Dott./Sig. _____ Istruttore ☐ Proprietario ☐

Cellulare _____ Email _____

Chiede di poter attivare:

n.....corso/i AFA per persone con autonomia funzionale conservata (A)

n.....corso/i OTAGO (B)

n.....corso/i di AFA per persone con ridotta competenza funzionale (C)

Presso la seguente struttura: *(denominazione completa, indirizzo e numero telefonico della sede dove si intende avviare il servizio)* _____

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)*: _____

RICHIESTA ATTIVAZIONE CORSI AFA
Giorni e orari di attivazione dei corsi

AFA A	_____	_____
	_____	_____
AFA B	_____	_____
	_____	_____
AFA C	_____	_____
	_____	_____

A tal fine, consapevole delle disposizioni degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e dall'art. 1 del DPR 403/1998, nonché 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

DICHIARA

- che i locali in cui verrà attivato il servizio sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale in vigore per l'attivazione di corsi afa;
- che i locali di esercizio dell'attività rispettano le vigenti norme in materia igienico - sanitaria, di edilizia, di urbanistica e di sicurezza
- che i locali sono coperti da regolare polizza assicurativa
- che presso i locali in cui verrà attivato il servizio saranno garantite la sicurezza e le condizioni di pulizia e igiene dei locali rispondenti ai requisiti igienico sanitari, di sicurezza e di accessibilità previsti dalle norme vigenti per gli ambienti frequentati dal pubblico
- che il personale istruttore è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale in vigore per l'attivazione di corsi afa

Si impegna inoltre :

- a rispettare e ad attenersi alle disposizioni, alle tariffe e ai protocolli operativi previsti dalla normativa regionale, aziendale e zonale vigenti, per l'organizzazione e l'accesso all'attività AFA
- a comunicare al coordinamento operativo AFA di riferimento zonale, le variazioni relative al numero dei corsi attivati, sedi ed orari
- ad inviare il resoconto semestrale del numero dei corsi attivi, numero di partecipanti, eventuali eventi avversi

In attesa di vostro riscontro porgiamo

Distinti saluti

Data ____/____/____

Firma_____