

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
SERVIZIO DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)E/O ESERCIZIO FISICO ADATTATO (EFA)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. () il _____
residente a _____ prov. ()
in via _____ n. _____
Codice fiscale _____
in qualità di

- legale rappresentante
 proprietario

della struttura denominata _____
posta nel Comune di _____ Prov. () in
via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____
sito web _____

- COMUNICA DI AVER ATTIVATO
 DICHIARA DI POTER ATTIVARE

presso la suddetta struttura i seguenti corsi di Attività Fisica Adattata (AFA) e o di Esercizio Fisico Adattato (EFA):

- per patologie osteo-articolari;**
 per dismetabolismo;
 per patologie neurologiche;
 per patologie cardiologiche;
 altro, specificare:

- altro, specificare:**

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
- presa visione nel contenuto del vigente Regolamento per l'AFA/EFA

DICHIARA

- che i locali in cui verrà attivato il corso sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in vigore per i locali adibiti alle attività erogate e previsti dalle buone prassi relative al servizio AFA/EFA proposta



DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

- che il personale istruttore è in possesso dei requisiti previsti dal regolamento per l'organizzazione e l'accesso ai programmi di Attività Fisica ed Esercizio Fisico adattati (AFA/EFA), predisposto e approvato dall' ASST di Cremona
- che la struttura dispone delle attrezzature necessarie allo svolgimento dell'AFA/EFA secondo le buone prassi relative al servizio proposto

SI IMPEGNA A

- rispettare le norme e le indicazioni etiche previste nel "**regolamento per l'organizzazione e l'accesso ai programmi di Attività Fisica ed Esercizio Fisico adattati da parte dei pazienti assistiti dell'ASST di Cremona**", predisposto e approvato dall' ASST di Cremona
- vigilare sul costante aggiornamento professionale del personale istruttore del programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) e/o all'Esercizio Fisico Adattato (EFA)

SI IMPEGNA A

inviare al Gruppo di Coordinamento Interaziendale dell'ASST di Cremona all'indirizzo e-mail dipartimento.prevenzione@asst-cremona.it un report almeno semestrale sulle attività svolte

Indica quale **referente tecnico** per la suddetta attività il/la sig./ra _____

telefono _____ e-mail _____

e allega alla presente le schede compilate: "**Scheda istruttore Attività Fisica Adattata (AFA)/Esercizio Fisico Adattato (EFA)**" e l'"**Informativa privacy dell'ASST di Cremona**", conformi ai requisiti richiamati nel regolamento.

Data _____

Firma e timbro _____

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei dati forniti per l'espletamento delle funzioni istituzionali.

Data _____

Firma e timbro _____