



Al Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica
dell'Azienda USL di _____
PEC _____

Specifiche informazioni PPS-AMA*

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____ nato/a a _____
il _____ In qualità di _____
della Palestra _____ Sita in _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____
Telefono _____ E-mail _____

PROPONGO

di offrire Corsi di Attività Motoria Adattata secondo i seguenti protocolli operativi:

- | | |
|-----------------------------|--|
| ✓ AFA Lombalgia cronica | ✓ EFA Trapianti |
| ✓ AFA Artrosi della spalla | ✓ EFA Cardiopatie / Malattie
cardiovascolari |
| ✓ AFA Gonartrosi | ✓ EFA Diabete tipo 2 ed EFA sindrome
metabolica |
| ✓ AFA Coxoartrosi | ✓ |
| ✓ AFA Parkinson | ✓ |
| ✓ AFA Fibromialgia primaria | |
| ✓ AFA Artroprotesi anca | |
| ✓ AFA Cervicalgia | |
| ✓ AFA Dorsalgia | |
| ✓ AFA Ictus Cerebrale | |
| ✓ AFA Sclerosi multipla | |
| ✓ | |

DICHIARO

che la Palestra è già inserita nell'elenco delle Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata;
 di presentare in questo momento domanda di inserimento nell'elenco delle Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata.

che il luogo presso cui si svolgono i corsi di Attività Motoria Adattata è:

- ✓ Palestra Comunale / Scolastica
- ✓ Palestra Privata
- ✓ Struttura / Centro sportivo (es. campo di calcio, campo di atletica, palazzetto dello sport, circolo sportivo)
- ✓ Piscina
- ✓ Altro (specificare)



COMUNICO

che le modalità di accesso ai corsi di Attività Motoria Adattata, sono le seguenti:

Informazioni generali:

Orari dei corsi _____

Modalità di iscrizione _____

Tariffe _____

È possibile allegare eventuale materiale informativo.

Personale di riferimento:

Indicare Cognome e Nome del personale in possesso dei requisiti previsti per le Palestre e Associazioni Sportive che Promuovono Salute (Allegato 1 alla D.G.R. n. 2127/2016), quindi LM-67 o titoli equipollenti, che svolge i corsi. È possibile indicare più nominativi

Iniziative per facilitare l'inclusione di tutti i cittadini (es. programmi per disabili, anziani, fasce disagiate, tariffe agevolate)

Persona di riferimento per informazioni:

Nome e Cognome _____

Telefono _____ Orari di contatto _____

E-mail _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____

Informativa per il trattamento dei dati personali

- Ho letto integralmente e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali
- Acconsento al trattamento dei dati

Data, _____

Firma del responsabile

*Il presente modulo è da presentare in allegato alla domanda di inserimento nell'elenco delle Palestre che Promuovono salute e Attività Motoria Adattata (PPS-AMA) o per comunicare variazioni alle informazioni dichiarate in sede di domanda di inserimento.