



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

**Richiesta di adesione alla Rete Regionale delle
Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata
(rif. D.G.R. n. 2127 del 5 dicembre 2016)**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ CAP _____
Prov. _____ Stato _____ Via/Piazza _____ n. _____
In qualità di* _____
Della Palestra _____ Sita in _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____
Codice Fiscale Palestra / Associazione _____
Partita Iva Palestra / Associazione _____
Telefono _____ E-mail _____
Sito Internet _____ Profili Social Media _____
Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

CHIEDO di aderire

**alla Rete delle Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata
(PPS-AMA) della Regione Emilia-Romagna**

A tal fine, avendo preso visione della Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2127 del 5 dicembre 2016 e degli Allegati 1 e 2, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale

DICHIARO

- ✓ di rispettare i principi generali e gli impegni specifici previsti dal Codice Etico (Allegato 2 alla D.G.R. n. 2127/2016) e di accettare gli obblighi in esso contenuti;
- ✓ che le Strutture rispettano le norme igieniche e di sicurezza previste dai Regolamenti Locali e Nazionali e di possedere gli spazi e apparecchiature richieste dai protocolli regionali di Attività Motoria Adattata attivi e che presso la Palestra/Associazione Sportiva non si esercitano attività sanitarie;

** La richiesta di adesione all'Attività Motoria Adattata può essere inoltrata esclusivamente da Legale Rappresentante, Gestore o Presidente della Palestra / Società Sportiva / Associazione.*



- ✓ che presso la Palestra/Associazione Sportiva opera personale in possesso dei requisiti previsti per le Palestre e Associazioni Sportive che Promuovono Salute (Allegato 1 alla D.G.R. n. 2127/2016)
- ✓ di garantire l'aggiornamento periodico del personale rispetto ai protocolli di esercizio proposti attraverso la partecipazione ai corsi, annuali, organizzati dalla AUSL locale.

MI IMPEGNO

- ✓ a fornire le informazioni richieste dall'AUSL locale al fine di alimentare i flussi informativi previsti dai protocolli di esercizio fisico proposti;
- ✓ a offrire Corsi di Attività Motoria Adattata a condizioni che favoriscano equità di accesso ai cittadini, comunicando al servizio competente dell'AUSL locale protocolli attivati, tipologie di corso, modalità di accesso e tariffe;
- ✓ a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo (R-PPS AMA) e nell'allegato PPS-AMA.

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e di quanto previsto dall' art. 76 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti.

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