

**Al Direttore
del Dipartimento di Sanità
Pubblica**
dell'AUSL di Bologna
pec: dsp@pec.ausl.bo.it

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ ll _____
In qualità di* _____
della palestra _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____
Telefono _____ E-mail _____

PROPONGO

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AFA Lombalgia
<input type="checkbox"/> AFA Artrosi
<input type="checkbox"/> AFA Parkinson
<input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EFA Trapianti
<input type="checkbox"/> EFA Cardiopatie
<input type="checkbox"/> EFA Dismetabolismi
<input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> |
|---|--|

DICHIARO

- Che la Palestra è inserita nell'elenco delle Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata;
- Di aver presentato domanda di inserimento nell'elenco delle Palestre che Promuovono salute e Attività Motoria Adattata.

COMUNICO

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

Tipologia dei corsi* offerti:

Sede _____

Orari _____

Sito Internet _____

Tariffe _____

Altro _____

**è possibile allegare eventuale materiale informativo*

Modalità e recapiti per l'iscrizione:

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) _____

Data, _____

Firma del responsabile