

# Dipartimento di Medicina e Chirurgia

## Scheda della struttura da convenzionare

(si chiede gentilmente di compilare tutte le voci al computer)

E' obbligatorio possedere la PEC e firma digitale

Denominazione della struttura

P.IVA/codice fiscale

Dati sede:

Via

Comune

Provincia

Dati legale rappresentante:

Legale rappresentante

nato a

Prov.

il

domiciliato per la carica in

via

email

Pec

Si è in possesso della firma digitale si no

cellulare

tel. fisso

sito web

o pagina facebook (questo dato è obbligatorio)

inserire nominativo se diverso dal legale rappresentante del RESPONSABILE ESTERNO DEL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 28 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 ("GDPR")

### TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA

Istituto scolastico  Palestra fitness  Ass. Sportiva  Laboratorio di ricerca

A.S.D. (iscritta al reg. nazionale CONI)  Palestra educativa/rieducativa

Federazione Sportiva, affiliata:

Centro Riabilitativo

Referente responsabile

Recapiti telefonici del Referente

Se si tratta di Istituto scolastico

Istituto comprensivo/circolo didattico  Scuola secondaria 1° gr.  Scuola secondaria 2° gr.

Dirigente Scolastico

Classi n.  Alunni n.  Docenti n.

Docenti di Educazione fisica/Scienze motorie e sportive n.

Inserire il link al PTOF (Piano triennale dell'offerta formativa della scuola)

Descrivere eventuali altri dati non contemplati negli schemi precedenti

## **Organizzazione**

Spazi interni ed esterni

Barriere architettoniche

A chi si rivolge prevalentemente

Bambini  Adulti  Giovani  Anziani

Coinvolge persone con disabilità

Bambini  Adulti  Giovani  Anziani

Orari settimanali di apertura della struttura

La struttura ha la copertura assicurativa  SI  NO

Polizza responsabilità Civile  SI  NO

Descrivere eventuali altre attività non contemplate negli schemi precedenti

### Operatori

Personale medico  SI n.   NO

Personale ausiliario (custodi, assistenti, inservienti, ecc.)  SI n.   NO

Terapisti  SI n.   NO

(qualifica dei terapisti)

Docenti/istruttori laureati triennali in Scienze Motorie e sportive  SI n.   NO

Docenti/istruttori laureati Magistrali in Scienze Motorie e sportive  SI n.   NO

Istruttori non laureati in Scienze Motorie e sportive, ma ugualmente abilitati alla professione

SI n.   NO

Rapporto numerico tra operatori-docenti-istruttori/Utenti

Formazione professionale degli istruttori

La struttura ha già accolto esperienze di tirocinio  SI n.   NO

Quanti tirocinanti può ospitare la struttura n.

Quanti sono gli operatori-docenti-istruttori a tempo indeterminato n.

Quali sono le richieste e le aspettative che la struttura ha nei confronti dei tirocinanti

tirocinio passivo (solo osservazione)

tirocinio attivo

(coinvolgimento diretto con gli utenti dopo aver strutturato un percorso didattico condiviso)

altro

Docenti/istruttori individuati dalla struttura come tutor per i tirocinanti degli studenti  
(numero, nome, cognome – possibilmente)

Luogo  Data

Timbro della struttura e  
Firma del legale rappresentante della struttura