



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE

CORSO DI LAUREA IN

**SCIENZE MOTORIE
E SPORTIVE**

Scheda della struttura da convenzionare

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

È obbligatorio possedere la PEC con Firma Digitale

Denominazione della struttura

Via n° Cap Comune

Prov.

Email Pec

Si conferma il possesso della Firma Digitale

Tel. Cellulare sito/pagina social

Legale Rappresentante Nato Prov.

il Residente Prov. Via

n° cap

Cellulare e-mail

Tipologia della struttura

- **Istituto Scolastico**

Ist. Comprensivo Circolo didat. Scuola Secondaria 1° gr. Scuola Secondaria 2° gr.

Docenti di Educazione fisica/Scienze motorie e sportive n.

- **Palestra Fitness**

Attività proposta

Numero degli istruttori laureati in Ed. Fisica/ Scienze Motorie

Affiliata ad ente di Promozione sportiva

Tutor Titolo di studio/qualifica

Tutor Titolo di studio/qualifica

- **Federazione o Ente di Promozione Sportiva**

Sigla Nazionale Regionale
Provinciale

- **Associazione Sportiva**

Affiliata alla Federazione

Attività proposta

Numero degli istruttori laureati in Ed. Fisica/ Scienze Motorie

Affiliata ad ente di Promozione sportiva

Tutor Titolo di studio/ qualifica

Tutor Titolo di studio / qualifica

- **Centro Riabilitativo**

Attività proposta

Numero degli istruttori laureati in Ed. Fisica/ Scienze Motorie

Tutor Titolo di studio/qualifica

Tutor Titolo di studio/qualifica

- **Laboratorio di Ricerca**

Attività proposta

Numero degli istruttori laureati in Ed. Fisica/ Scienze Motorie

Tutor Titolo di studio/qualifica

Luogo, data

Timbro della struttura e
Firma del legale rappresentante della struttura

Note: Solo la struttura/società richiedente può inviare la richiesta di convenzione tramite la propria e-mail istituzionale