

FAC-SIMILE LETTERA

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Azienda ULSS _____

PEC: _____

OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE AI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA) E/O ATTIVITÀ FISICA ADATTATA PER LA DISABILITÀ (AFA-D)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ prov. (_____)

in via _____ n. _____

Cod. fisc. _____

in qualità di legale rappresentante/Presidente della:
(indicare per esteso se Società Sportiva, Ente, Associazione, Palestra etc..)

Codice Fiscale/P.IVA della struttura _____

Referente professionale per le attività motorie della suddetta struttura:

Dr./Dr.ssa _____

Cellulare _____ Email _____

CHIEDE

- L'inserimento nell'elenco dei soggetti erogatori che somministrano Attività Fisica Adattata e Attività Fisica Adattata per la Disabilità.

o

- Aggiornamento dei dati inviati.



Comunica che i corsi forniti sono i seguenti:
(segnare la/le attività fornita/e)

Tipo di attività		Giorni della settimana e orari	SEDE (denominazione completa, indirizzo e numero telefonico della sede dove si intende avviare il servizio)
AFA	<input type="checkbox"/> mal di schiena		
	<input type="checkbox"/> osteoporosi		
	<input type="checkbox"/> linfedema primitivo o secondario cronico		
	<input type="checkbox"/> fibromialgia		
	<input type="checkbox"/> sindrome algodisfunzionali su base degenerativa artrosica		
	<input type="checkbox"/> altro: _____		
AFA D	<input type="checkbox"/> postumi ictus cerebrale		
	<input type="checkbox"/> malattie demielinizzanti in fase di stabilizzazione		
	<input type="checkbox"/> morbo di parkinson, parkinsonismi e sdr extrapiramidali in fase di stabilizzazione		
	<input type="checkbox"/> postumi di sostituzioni protesiche delle grosse articolazioni degli arti inferiori, con Rankin Scale ≤ 3		
	<input type="checkbox"/> altro: _____		

A tal fine,

SI IMPEGNA

- A osservare quanto stabilito dalle Linee di indirizzo di cui all'Allegato "A" alla D.G.R. n. ____ del _____ circa i criteri di inclusione/esclusione, le modalità di accesso e di erogazione del servizio, garantendo la sicurezza dei programmi di esercizio;
- A effettuare la valutazione funzionale di accesso mediante l'utilizzo di scala di valutazione SPPB;
- Ad uniformarsi e a mantenersi conforme alle disposizioni e ai protocolli operativi previsti dalla vigente normativa regionale ed aziendale in tema di organizzazione e accesso alle attività di AFA e AFA-D, ivi compreso l'impiego di operatori professionisti in possesso dell'attestazione di frequenza a corsi BLSD;
- Ad adempiere, con riferimento ai locali eventualmente utilizzati per lo svolgimento delle attività, agli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti nazionali, regionali e comunali vigenti in tema



di igiene sanitaria, di sicurezza e di accessibilità negli ambienti aperti al pubblico [compresa la disponibilità di un defibrillatore semiautomatico (DAE)], con particolare riguardo alle tutele rivolte ai soggetti con ridotta competenza funzionale e alle persone con disabilità;

- A favorire ed agevolare i controlli da parte dell'Azienda Sanitaria competente, volti a verificare l'idoneità delle strutture e il rispetto delle disposizioni regolanti i programmi di AFA e AFA-D;
- A partecipare ad iniziative di aggiornamento organizzate dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie e alla revisione periodica dei programmi di esercizio, grazie alla collaborazione dei propri professionisti;
- Ad inviare annualmente al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS competente, un report con la tipologia e numero di corsi attivati, numero di partecipanti a ciascuna tipologia di corso e numero eventi avversi che hanno richiesto un intervento sanitario;
- A stipulare un'assicurazione contro eventuali infortuni, il cui premio è a carico del partecipante.

Infine, visti gli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e preso atto delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto nel caso di dichiarazioni mendaci, che determinano inoltre l'esclusione della struttura dall'elenco dei soggetti erogatori AFA e AFA-D.

DICHIARA

- Che i professionisti impiegati nell'attivazione e nello svolgimento dei percorsi di AFA e AFA-D sono in possesso dei requisiti previsti dalla D.G.R. n. _____ del _____;
- Che i locali eventualmente utilizzati per l'esercizio dell'attività rispettano le vigenti norme in materia, di edilizia, di urbanistica e di sicurezza e in possesso del certificato di agibilità;
- Di aver stipulato valido contratto assicurativo per responsabilità civile.

Data __/__/____

Firma _____

