

SPORT IN CAMMINO

Delibera di Giunta Regionale n. 2374 del 19/11/2012 anno 2015-2016

MODULO DOMANDA PER SVOLGERE ATTIVITA' DI EDUCATORE FISICO

da trasmettere esclusivamente a mezzo mail a: sportincammino@gmail.com

Il sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELL. _____

E-MAIL _____

TITOLI DI STUDIO/ SPECIALIZZAZIONI

DIPLOMA ISEF

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

LAUREA QUADRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

LAUREA TRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE (CL33 V.O. - L22 N.O.)

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

LAUREA SPECIALISTICA IN "ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI PER LO SPORT E LE ATTIVITÀ MOTORIE" (53/S V.O. – LM/47 N.O.)

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

LAUREA SPECIALISTICA IN "SCIENZE E TECNICHE DELLO SPORT" (75/S V.O. – LM/68 N.O.)

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

LAUREA SPECIALISTICA IN "SCIENZE E TECNICHE DELLE ATTIVITÀ MOTORIE PREVENTIVE E ADATTATIVE" (76/S V.O. – LM/67 N.O.)

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

ULTERIORI TITOLI-SPECIALIZZAZIONI

DOTTORATO DI RICERCA IN AMBITO EDUCAZIONE FISICA/SCIENZE MOTORIE

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

MASTER IN ATTIVITÀ MOTORIE PREVENTIVE E ADATTATE

Conseguita presso _____

il _____ con punti _____

Attestati di partecipazione a corsi di formazione in attività fisica adattata per popolazioni speciali come diabetici, obesi, ipertesi e anziani: (indicare Ente, sede e data)

_____	DATA _____

Esperienze pregresse in progetti sviluppati o promossi dal CONI Puglia:

Abilitazione all'utilizzo del defibrillatore (indicare il cognome e nome della persona abilitata, Ente e Data del rilascio dell'attestato)

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE

Il sottoscritto _____ , con la presentazione di tale modello, si impegna a partecipare in maniera obbligatoria al corso di formazione che il CONI Puglia intende sviluppare per questo progetto.

LUOGO e DATA

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali nelle forme e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

LUOGO e DATA

FIRMA
