

**DOMANDA DI ADESIONE AL PROGETTO EDUCAMP PER L'UTILIZZO DEL
FORMAT EDUCAMP CONI 2017**

Il sottoscritto _____ in qualità di Presidente e legale rappresentante della ASD/SSD _____, con sede in _____, Via _____, C.F. _____ numero iscrizione Registro Società Sportive _____ tel. _____ email _____

CHIEDE

che la suddetta ASD/SSD possa aderire al Progetto Educamp per l'anno 2017 con la formula

- City Camp
- Camp Residenziale

(barrare il campo di interesse)

E,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

- di aver preso visione e di accettare il Format Educamp
- che la ASD/SSD è in possesso dei seguenti requisiti richiesti dal CONI per la concessione del Format Educamp *(barrare se si è in possesso del requisito)*:
- iscrizione al Registro Nazionale delle Associazioni e Società Sportive dilettantistiche del CONI valida per l'anno in corso;
- disponibilità di spazi necessari allo svolgimento dell'attività sportiva, in linea con quanto previsto dal Progetto Educamp e di idonea attrezzatura sportiva per lo svolgimento delle attività;
- rispetto dei requisiti strutturali, igienico-sanitari e di sicurezza previsti dalle normative vigenti
- rispetto degli adempimenti previsti dal D.lgs. 4 marzo 2014, n.39 (cosiddetto "Decreto Antipedofilia");
- rispetto degli adempimenti previsti dalle leggi in materia di lavoro e infortuni;
- utilizzo di aziende certificate in base alla normativa vigente per il servizio ristorazione;

- offerta di un programma sportivo multidisciplinare articolato nelle seguenti discipline (minimo 6):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

... _____

... _____

- ✓ esperienza di attività sportiva nel settore giovanile;
- ✓ utilizzo di educatori tecnico-sportivi in possesso di laurea in scienze motorie o diploma ISEF e preferibilmente anche con qualifiche federali;
- ✓ possesso di idonea copertura assicurativa per infortuni e responsabilità civile a copertura delle attività per tutti i partecipanti al Progetto

Luogo e data: _____

Firma del Presidente ASD/SSD
