

**SCHEDA DESCRITTIVA CORSO/I**

**CORSO/I ORIENTAMENTO ED AVVIAMENTO**

**ASD/SSD**

**DISCIPLINA/E**

**NUMERO CORSI PROPOSTI**

**INDIRIZZO**

**DI SVOLGIMENTO**

**DURATA E CALENDARIO  
DEI CORSI**

Si può utilizzare il calendario allegato come parte integrante del presente mod.3.  
Il calendario dovrà essere siglato su ogni pagina e firmato dal Legale  
rappresentante dell'ASD/SSD.

**ALUNNI/STUDENTI** : *(Barrare le caselle)*

**Tipologia di disabilità**

- ragazzi con Disabilità fisica - HF:  
 ragazzi con Disabilità visiva - NV:  
 ragazzi con Disabilità Intellettivo/relazionale - DIR:  
 ragazzi con Disabilità uditiva - HS:

**Ciclo di istruzione**

- Scuola primaria  
 Scuola secondaria di primo grado  
 Scuola secondaria di secondo grado

**QUALIFICHE TECNICI COINVOLTI:**

*(barrare le caselle di interesse)*

**TECNICO/I iscritto/i all'Albo** Nazionale dell'Organismo Sportivo riconosciuto dal CIP - **FSP/FSNP,DSP/DSAP,EPP/EPSP** (indicare sigla Organismo es. FINP,FITARCO,CSI) \_\_\_\_\_, per la/e disciplina/e sportiva/e paralimpica/che per cui viene proposto il corso.

\*\*\*

**TECNICO/I titolari di brevetto** almeno di primo livello, ai sensi della SNAQ paralimpico, regolarmente rilasciato da una **FSP/FSNP, DSP/DSAP** (indicare sigla Organismo riconosciuto dal CIP) \_\_\_\_\_ per la/e disciplina/e sportiva/e paralimpica/che per cui viene proposto il corso.

\*\*\*

**TECNICO/I titolari di brevetto** regolarmente rilasciato da un **EPP/EPSP** (indicare sigla Organismo riconosciuto dal CIP es CSI, CSAIN) \_\_\_\_\_ per la/e disciplina/e sportiva/e paralimpica/che per cui viene proposto il corso, in possesso di Laurea in scienze motorie o titolo equipollente.

Per ciascuna ora di corso è garantita la presenza di un numero di tecnici qualificati adeguato allo svolgimento delle attività proposte ed organizzate in piena sicurezza.

**Le dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**

**Firma e timbro del Legale rappresentante dell'ASD/SSD**

---