



Al Direttore
Società della Salute di Firenze
V.le Giovane Italia n. 1/1
50122 – FIRENZE
direttore@sds.firenze.it
fax 055 2616259

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE per

“PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘BASSA DISABILITÀ’ per
‘LE SINDROMI CRONICHE CHE NON LIMITANO LE CAPACITÀ MOTORIE DI
BASE O DELLA CURA DEL SÉ’ (SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITÀ E/O CON
RISCHIO DI FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA ED OSTEOPOROSI) – **AFA “A”**

“PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘ALTA DISABILITÀ’ per
‘LE SINDROMI CRONICHE STABILIZZATE CON LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ
MOTORIA E DISABILITÀ STABILIZZATA” – **AFA “B”**

Il/La..sottoscritto/a.....
nato/a a Prov. il
..... domiciliato/a per la carica presso la sede dell’Ente/Associazione, non
in proprio ma quale legale rappresentante dell’Ente/Associazione di volontariato/Altro
(indicare la nomina sociale.....
con sede legale in
Via.....n.roTel
Cell.....

CHIEDE

di partecipare all’Avviso pubblico per (*indicare con una X*)

- PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘BASSA DISABILITÀ’**
- “PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘ALTA DISABILITÀ’**

DICHIARA

- Di conoscere ed osservare quanto stabilito nel Regolamento dell’Azienda Sanitaria di Firenze adottato con deliberazione n. 255/2010. Il firmatario si farà garante della sicurezza dei programmi di esercizio, della pulizia e dell’igiene delle palestre, piscine o altre strutture;
- Di assicurare, per lo svolgimento dell’attività indicata, personale idoneo e la loro specifica competenza e preparazione (Laureati in Scienze Motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia);
- Di garantire i requisiti di adesione dei propri istruttori ai programmi di esercizio concordati;
- Di promuovere l’aggiornamento continuo degli istruttori sui problemi relativi ai programmi AFA;
- Di promuovere per tutti gli istruttori una adeguata formazione nelle procedure di manovra rianimatorie di base (Basic Life Support – BLS);
- Di partecipare alla revisione periodica dei programmi di esercizio;
- Di garantire l’aderenza dei programmi AFA secondo i protocolli-programmi di esercizio concordati con gli operatori sanitari della Azienda Sanitaria di Firenze;
- Di raccogliere i dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
- Di trasmettere la disponibilità dei posti relativi ai corsi attivati al Coordinatore del Coordinamento Operativo
- Di segnalare eventuali eventi avversi avvenuti durante le sessioni di esercizio o segnalazioni da parte dei cittadini;
- Di monitorare l’attività inviando report trimestrali al Gruppo di monitoraggio AFA della SdS Firenze secondo la modulistica predisposta;
- Di fornire le informazioni necessarie al corretto svolgimento delle attività;
- stipulare un’assicurazione contro eventuali infortuni il cui premio annuale è a carico del partecipante il programma AFA ;
- Di impegnarsi a fare partire l’attività entro 15 giorni (o altra data concordata) dalla sottoscrizione dell’Accordo firmato con il Direttore della Società della Salute di Firenze e darne comunicazione al Coordinatore del Coordinamento Operativo (simonetta.tamburini@asf.toscana.it)
- Di mettere a disposizione del Coordinamento Operativo tutta la documentazione utile ai fini delle verifiche in itinere;
- Di mettere a disposizione per l’attività AFA indicata le seguenti sedi in Firenze (palestre, piscine, luoghi di aggregazione e ambienti frequentati da pubblico con requisiti igienico sanitari e di sicurezza e accessibilità, altre strutture NON sanitarie) come sotto riportato: .

Soggetto erogatore

1) Struttura utilizzata per AFA A (indicare se palestra, piscina, altro).....

Via/Piazza.....

Quartiere

n. locali destinati AFA

metri quadri

n. istruttori

n. corsi da potere attivare da subito(indicare orari)

n. corsi da potere attivare entro

2) Struttura utilizzata per AFA ...B.....

Via/Piazza.....
Quartiere.....
n. locali destinati AFA.....
metri quadri.....
n. istruttori.....
n. corsi da potere attivare da subito.....(indicare orari)
n. corsi da potere attivare entro.....

3) Struttura utilizzata per AFA.....
Via/Piazza.....
Quartiere.....
n. locali destinati AFA.....
metri quadri.....
n. istruttori.....
n. corsi da potere attivare da subito.....(indicare orari)
n. corsi da potere attivare entro.....

- Autocertifica che i locali messi a disposizione per l'AFA corrispondono a requisiti igienico sanitari previsti per i locali aperti al pubblici e che per l'AFA per persone con alta disabilità sono privi di barriere architettoniche
- di operare nel pieno rispetto della normativa sulla privacy
- di facilitare gli adempimenti richiesti dal Gruppo di monitoraggio AFA della SdS Firenze e/o dal Coordinamento Operativo dell'Azienda Sanitaria di Firenze anche in termini di monitoraggio e vigilanza;
- sottoscrivere il presente Accordo con il Direttore della SdS Firenze .
Il firmatario si fa garante della sicurezza dei programmi di esercizio, della pulizia e dell'igiene delle palestre, piscine o altre strutture.
- Dichiaro di voler ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo:

.....
Telefono..... cellulare..... fax.....
posta elettronica.....

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

Firenze,

FIRMA (in originale)

.....