

**PROGETTO "LO SPORT E' VITA" FINANZIATO AI SENSI L.R. 33/2006 E S.M.I.  
PROGRAMMA OPERATIVO 2018 - AVVISO A - AZIONE 1.2**

# **CORSO DI GINNASTICA DOLCE**



Regione Puglia



Comune di Porto Cesareo



**CORSO  
GRATUITO**

**MARTEDI ' E GIOVEDI '  
DALLE ORE 16.00 ALLE ORE 17.00**

**INFO PRESSO L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI PORTO CESAREO (LECCE)**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente in Porto Cesareo alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.d.Fisc. /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**Di partecipare alle attività in oggetto,**

**A tal fine dichiara :**

- ⊗ di aver compiuto \_\_\_\_anni ( 60 anni donne – 65 uomini) o di compierli entro il 31/12/2019 ;
- ⊗ di essere titolare di pensione *Tipo* \_\_\_\_\_ *Cat.* \_\_\_\_\_;
- ⊗ di non essere titolare di indennità di accompagnamento.
- ⊗ Di essere a conoscenza che in caso di un numero maggiore di 40 richiedenti, saranno ammessi alla frequenza del corso i più anziani in ordine di età.

Allega alla presente:

- Certificato
- Copia del documento di identità personale.

Lì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto autorizza l'uso dei trattamenti dei propri dati personali, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196 del 30/06.03, esclusivamente ai fini della presente pratica.*

Lì, \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

Si prega la cortese collaborazione delle SS.LL. per la buona riuscita dell'iniziativa organizzata in favore di cittadini residenti, per l'anno 2019/2020, di voler fornire ai rispettivi assistiti, la compilazione del presente questionario ed ogni informazione sanitaria utile, alla pratica dell'attività motoria non agonistica (ginnastica dolce).

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Responsabile di Settore  
F.to Dr.ssa Maria Antonietta Giaccari

**La presente vale come certificazione medico-sanitaria**

**Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ Medico curante**

**del \_\_\_ Sig.re/a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_ certifico**

**che \_I\_ mio/a Assistito/a è autosufficiente, esente da turbe psichiche o comportamentali gravi. Ai fini dell'idoneità ad eseguire l'attività motoria di ginnastica dolce**

(contrassegnare le caselle interessate)

**1. Livello di attività fisica abituale nella vita quotidiana**

modesto                       lieve                       intenso

**2. Difficoltà a compiere gesti di vita quotidiana:**

Precisione                      Si                      No

Velocità                      Si                      No

Forza                      Si                      No

**3. Disturbi cardio -vascolari :**

Dolore toracico                       Ipertensione

**4. Disturbi Respiratori:**

Affanno                       Bronchite                       Asma

**5. Disturbi osteoarticolari ( artrosi):**

lombosacrale                       cervicale                       arti super.                       arti inf.

**6. Presenza di Protesi: ( se, si indicare dove)**

**7 Altro:**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

-----