

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Prov..... Il .....

Residente a ..... Prov. .... CAP ..... In via .....

..... n. ....

E-mail..... Tel .....

*Tutti i campi sono obbligatori. Scrivere in modo chiaro e leggibile i propri contatti (e-mail e Tel.) in quanto verranno utilizzati per eventuali comunicazioni.*

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a alla prova dimostrativa attitudinale tecnica per l'accesso al corso di formazione per aspiranti all'abilitazione, all'esercizio della professione di **MAESTRO DI SCI ALPINO**.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di:**

- essere residente in CAMPANIA dal .....
- Altre Regioni
- Aver compiuto la maggiore età alla data di presentazione della domanda
- Essere in possesso del diploma dell'obbligo scolastico o, se provenienti da stati esteri di un titolo equipollente
- Possedere la cittadinanza italiana o di altro stato membro della CEE
- Non aver riportato condanne penali che comportino l'interdizione anche temporanea all'esercizio delle professioni salvo che non sia intervenuta la riabilitazione
- Di essere in possesso del certificato medico sportivo per attività agonistica rilasciato da un centro medico sportivo o centro medico convenzionato ASL
- Di essere in possesso di tessera FISI in corso di validità al momento dello svolgimento delle prove;

**Dichiara inoltre di (barrare la casella che interessa):**

- Aver fatto parte ufficialmente, per almeno uno degli ultimi **TRE anni**, di una squadra nazionale per le discipline alpine
- Accettare tutte le condizioni previste dal bando per l'accesso al corso di formazione per aspiranti all'abilitazione all'esercizio della professione di MAESTRO DI SCI ALPINO

**Alla presente allega la seguente documentazione:**

1. Copia firmata fronte/retro del documento di identità personale in corso di validità e della tessera riportante il codice fiscale;
2. Copia titolo di studio in possesso;
3. Certificato medico di idoneità agonistica per la pratica dello sci alpino (esclusa discesa), rilasciato da un medico sportivo o da un Centro di Medicina dello Sport, in corso di validità;
4. Tessera FISI, copia fronte retro della tessera FISI valida per il 2025;
5. Modulo Informativa Privacy firmato;
6. Ricevuta del versamento della quota di iscrizione alla sola prova a titolo di concorso delle spese pari a:  
€. 350,00 **effettuato su: BCC – Banca di Credito Cooperativo – Via Cervantes – Napoli**  
**IBAN: IT 98 E 071100340000000006426, intestato a: CAMPANIA FUTURA SRL**  
**CAUSALE VERSAMENTO: “COGNOME e NOME PARTECIPANTE – SELEZIONE MAESTRO DI SCI ALPINO - CAMPANIA 2025”.**

Data .....

Firma per esteso del dichiarante

.....

Inoltre, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000 e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità

Che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445/2000.

**Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, qui riportati, ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per finalità funzionali allo svolgimento del procedimento per il quale sono richiesti.**

Data .....

Firma per esteso del dichiarante

.....

L'indirizzo presso cui inviare le comunicazioni è il seguente:

**CAMPANIA FUTURA SRL – Via Vicinale S. Maria del Pianto n. 28 - Torre 5 - c.a.p. 80143 NAPOLI -  
Tel. 081281507 - 0817871438 - 3348817486 - e-mail: [corsoscicampaniafutura@gmail.com](mailto:corsoscicampaniafutura@gmail.com)**