

Ansuchen für die Aufnahme des Kursangebots ins Programm
Richiesta di inserimento del corso nel programma

DATEN ANBIETER (Institutionen, Vereine, Verbände, Selbstständige ...)

DATI DELL'ENTE PROPONENTE (*istituzioni, associazioni, aziende, liberi professionisti, altro*)

Verantwortlicher / *Responsabile*: _____

Straße Nr. / *Via n.*: _____

PLZ Ort / *CAP località*: _____

Telefon / *Telefono*: _____

DATEN DES KURSLEITERS / DER KURSLEITERIN (falls nicht identisch mit Verantwortlichen) **DATI DELL'ISTRUTTORE / ISTRUTTRICE** (*se diverso dal/dalla responsabile*)

Name / *Nome*: _____

Telefon / *Telefono*: _____

AUSBILDUNG KURSLEITER/IN - QUALIFICA DELL'ISTRUTTORE/TRICE

- ☐ SportwissenschaftlerIn / *Laureato/a in scienze motorie **
☐ PhysiotherapeutIn / *Fisioterapista***

(*) Mit berufsbefähigendem Universitätsdiploms bzw. anerkannten Diplomen oder Attesten aus Diplomstudiengängen der alten Studienordnung oder Auslandsstudien, die dem Universitätsdiplom gleichgestellt sind.

(*) *In possesso del diploma universitario abilitante o di diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento oppure conseguiti all'estero, che siano equipollenti al diploma universitario.*

(**) Im Berufsalbum eingeschrieben ist.

(**) *Iscritto/a all'albo professionale.*

SPEZIALISIERUNGEN IM BEREICH CHRONISCHER ERKRANKUNGEN: SPECIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI MALATTIE CRONICHE:

- ☐ Rückengymnastik / *ginnastica per la schiena*
☐ chronisch degenerative Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems
malattie croniche degenerative del sistema muscolo-scheletrico
☐ Koordination - motorische Fähigkeiten / *coordinazione -abilità motorie*
☐ Fibromyalgie / *Fibromialgia*
☐ Parkinson

TITEL UND KURZBESCHREIBUNG DES ANGEBOTES:
DENOMINAZIONE E BREVE DESCRIZIONE DEL CORSO:

Zielgruppe / *Destinatari*:

- ☐ Ältere Menschen / *persone della terza età*
☐ Erwachsene / *adulti*
☐ Jugendliche / *ragazzi*
☐ Kinder / *bambini*

Kriterien – Criteri*:

Beschreiben Sie kurz Ihr Angebot, wobei Sie die obgenannten Kriterien wie Frequenz/ Woche, Dauer der Einheit und Zykluslänge einfließen lassen.

Descriva brevemente l'offerta AFA, inserendo i criteri di cui sopra.

KURZBESCHREIBUNG - BREVE RELAZIONE:

SELBSTERKLÄRUNG DES KURSLEITERS
AUTOCERTIFICAZIONE DELL'ISTRUTTORE

☐ Nach Abschluss des Kurses erklärt sich der/die Kursleiter/in bereit, eine Rückmeldung über die erfolgte Teilnahme und den Trainingsverlauf der Patienten zu geben. Zu diesem Zweck füllt der/die Kursleiter/in den untenstehenden Teil im Zuweisungsformular aus, das bei der Anmeldung vorgelegt wurde, und schickt es an den Absender des jeweiligen Gesundheitsbezirkes zurück*

*Alla fine del corso, l'istruttore accetta di dare un feedback sulla partecipazione e la storia formativa dei/delle pazienti. A tale scopo, l'istruttore compila e sottoscrive il presente modulo e lo invia al Comprensorio sanitario inviante**

☐ Der Kursanbieter bestätigt die Richtigkeit aller Angaben. Die jeweiligen Ansprechpartner der Gesundheitsbezirke behält sich vor, Stichprobenkontrollen zur Überprüfung der Angaben durchzuführen
L'ente proponente attesta che quanto dichiarato sopra corrisponde a verità. La commissione sorvegliante dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si riserva di predisporre dei controlli a campione per verificare quanto dichiarato

☐ Der Kursanbieter bestätigt, den/die Kursleiter/in darüber aufgeklärt zu haben, dass das Kursangebot im Rahmen des Projektes AFA- Aktivität für Alle - ausgeschrieben wird und somit die oben genannten Richtlinien erfüllen muss

L'ente proponente dichiara di aver informato l'istruttore/ istruttrice che questa attività viene svolta come progetto AFA e deve attenersi alle regole indicate sopra

☐ Der Kursanbieter bestätigt, dass der Kursort den bereits bestehenden Normen auf Landes- und Gemeindeebene

L'ente proponente dichiara di rispettare le norme vigenti provinciali e comunali per quanto riguarda il luogo del corso.

***Unterschrift des Anbieters:**

***Firma dell'ente proponente:**

Datum / data: _____

Für Informationen und Fragen:

Per informazioni e domande rivolgersi a:

für den Gesundheitsbezirk Bozen- *per il Comprensorio di Bolzano:*

afa.bz@sabes.it

für den Gesundheitsbezirk Meran- *per il Comprensorio di Merano:*

afa.me@sabes.it

für den Gesundheitsbezirk Brixen- *per il Comprensorio di Bressanone:*

afa.bx@sabes.it

für den Gesundheitsbezirk Bruneck- *per il Comprensorio di Brunico:*

afa.bk@sabes.it