

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale  
in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
Università degli studi di Parma  
*Chiarissimo Prof. Prisco MIRANDOLA,*

Il /La sottoscritto/a, denominato REFERENTE AZIENDALE, in qualità di

☐ **Rappresentante legale della ditta/società sportiva** \_\_\_\_\_

affiliata a (obbligatorio):  CONI

CIP

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

☐ **Direttore Sanitario del** \_\_\_\_\_

Poliambulatorio

Azienda Ospedaliera

AUSL

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

☐ **Dirigente scolastico della scuola** \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

dopo aver visionato il programma formativo del vostro Corso di Laurea (<http://cdlm-stampa.unipr.it/>),

#### **DICHIARA**

☐ che le strutture e le attrezzature in possesso sono idonee per garantire un progetto formativo di tirocinio tecnico/pratico coerente con gli obiettivi culturali del vostro percorso universitario;

#### **DICHIARA ALTRESI'**

☐ la presenza nell'organico di un laureato in scienze motorie (laurea triennale, magistrale o titolo equipollente) o di un laureato in fisioterapia (qualora le attività svolte siano prettamente orientate al recupero funzionale) o di un laureato in Medicina e Chirurgia (qualora le attività, svolte in ambito sanitario, siano orientate a soggetti con patologie croniche non trasmissibili)

☐ la presenza nell'organico dell'Istituto Comprensivo di un laureato in scienze motorie (laurea triennale, magistrale o titolo equipollente)

che svolgerà il ruolo di TUTOR AZIENDALE.

Le attività di tirocinio saranno svolte nel rispetto di una organizzazione degli spazi e del lavoro tali da ridurre al massimo il rischio di prossimità e di aggregazione, adottando misure organizzative di prevenzione e protezione volte al contenimento del contagio (DPCM 11 giugno 2020).

Sulla base di quanto dichiarato, **CHIEDE PARERE FAVOREVOLE** allo svolgimento del progetto formativo allegato nell'ambito del tirocinio curriculare del Corso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate.

REFERENTE AZIENDALE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Recapito Tel.: \_\_\_\_\_

TUTOR AZIENDALE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Cordiali saluti

Data

Firma e Timbro