



## PROGETTO CENTRI FEDERALI PERIFERICI





## Requisiti singolo centro periferico/ Richiedente:

---

- |                          |  |    |    |
|--------------------------|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> | SUPPORTO ENTI LOCALI                               | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | CARATTERISTICHE SPAZIO ACQUEO                      |    |    |
|                          | min. 2000 mt                                       | SI | NO |
|                          | vicinanza bacino di utenza                         | SI | NO |
|                          | necessità trasferimenti con pulmino                | SI | NO |
|                          | città _____  |    |    |
|                          | altitudine _____                                   |    |    |
| <input type="checkbox"/> | RICOVERO IMBARCAZIONI                              |    |    |
|                          | spazio per un 8+ / un 4x / sei 2x / dieci 1x       | SI | NO |
|                          | e remi corrispondenti                              |    |    |
|                          | controllo telecamera di sorveglianza               | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | DISPONIBILITA' AL NOLEGGIO DI IMBARCAZIONI         | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | SPAZI PER IMBARCAZIONI SOCIETARIE (a pagamento)    | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | PONTILI x alaggio e varo N° _____                  |    |    |
| <input type="checkbox"/> | CATAMARANI num.2                                   | SI | NO |
|                          | in buone condizioni                                | SI | NO |
|                          | motore 4 tempi                                     | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | SPOGLIATOI CON ACQUA CALDA E RISCALDAMENTO         | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | PALESTRA ATTREZZATA                                | SI | NO |
|                          | minimo n°8 remoergometri                           |    |    |
|                          | attrezzi fondamentali pesistica                    |    |    |
| <input type="checkbox"/> | telecamera x video riprese                         | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | sala video e riunione posti a sedere n° _____      | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | 1 COMPUTER + 1 STAMPANTE                           | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | COLLEGAMENTO SKYPE CON ROMA PIEDILUCO              | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | FORESTERIA posti letto n° _____                    | SI | NO |
|                          | STRUTTURA ALBERGHIERA CONVEZIONATA (tariffa _____) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | MENSA o convenzione pasti costo € _____            |    |    |
| <input type="checkbox"/> |  |    |    |



COLLEGAMENTI

Aereo/Ferroviario (specificare quale)  
Autostradale

SI NO  
SI NO

### ATTIVITA' CENTRO PERIFERICO

- 1) RADUNI FEDERALI atleti periferici nazionali  
cat. junior U23 senior  
tutti i we (escluso periodo raduno centrale)
- 2) CENTRO FEDERALE GIOVANILE  
cat. Cadetti e Ragazzi  
Corsi di alta specializzazione a pagamento  
3/sett costo
- 3) COLLEGE GIOVANILE  
a) Scuole Medie Superiori  
b) Università
- 4) CORSI MASTER diretti da ex atleti mondiali/olimpici  
fine settimana o lezioni private
- 5) CAMPI ESTIVI GIOVANILI SETTIMINALI periodo giu/lug/ago
- 6) CORSI TECNICI/AGGIORNAMENTO ALLENATORI
- 7) CORSI DI PREPARAZIONE FISICA IN PALESTRA
- 8) ASSISTENZA E RICOVERO IMBARCAZIONI SOCIETARIE A PAGAMENTO
- 9) PUNTO MERCHINDISING FEDERALE

Si prega di confermare anche:

- DISPONIBILITA' ALLENATORI GIOVANILI IN LOCO SI NO
  - 1 LIV n°
  - 2 LIV n°
  - 3 LIV n°
  
- .POSSIBILITA' DI CONTATTI CON SCUOLE ED UNIVERSITA' SI NO
  
- POSSIBILITA' ISTITUTO DI FISILOGIA o MED.DELLO SPORT SI NO  
per svolgimento test fisiologici
  - consumo di O<sub>2</sub>
  - consumo in radiofrequenza



- test lattato
- altro \_\_\_\_\_

- |                          |   |    |    |
|--------------------------|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> | POSSIBILITA' DI EFFETTUARE VISITE DI IDONEITA' AGONISTICA | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | DISPONIBILITA' DEFIBBRILLATORE                            | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | DISPONIBILITA' DI PERSONALE AMMINISTRATIVO ENTI LOCALI    | SI | NO |

Nome e Cognome del richiedente \_\_\_\_\_

Il qualità di \_\_\_\_\_

Del Centro/Società \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## ORGANIGRAMMA STRUTTURA CENTRI FEDERALI

