

MODULO Allegato 1

Spettabile
PLUS CARBONIA – Ufficio di Piano
Piazza Roma n.1,
09013 Carbonia

Al Comune di Carbonia Settore Servizi Sociali Ufficio di Piano Piazza Roma n. 1, 09013
CARBONIA P.L.U.S. DISTRETTO DI CARBONIA UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE E
GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA

ALLEGATO 1 DOMANDA DI FINANZIAMENTO ANNO 2017 REALIZZAZIONE DI UN
PROGRAMMA DI SPORT TERAPIA PER PERSONE CON DISABILITA'

Spettabile Ambito Plus

Il sottoscritto

_____ nato a _____ il
_____ residente a _____ indirizzo
_____ in qualità di Legale Rappresentante di
_____ in associazione con:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

_____ (N.B. riportare la denominazione completa dell'Associazione capofila e, eventualmente, di quelle
associate) con sede legale presso il Comune di _____ Indirizzo
_____ n. tel. _____ n. fax
_____ e-mail

_____ Nominativo e recapito di riferimento per comunicazioni

TIPOLOGIA DEL SOGGETTO RICHIEDENTE: Forma singola:

Associazioni affiliata CIP iscritta all'albo regionale delle società sportive al nr _____ dal
_____;

Associazioni affiliata a un Ente di Promozione Sportiva iscritta all'albo regionale delle società sportive
al nr _____ dal _____;

Associazioni benemerite del CONI iscritta all'albo regionale delle società sportive
_____ al nr _____ dal _____;

Forma congiunta: Associazione Capofila:

_____ iscritta all'albo
regionale delle società sportive _____ al nr _____ dal

- 1) Altra Associazione

_____ iscritta

- all'albo regionale delle società sportive _____ al
nr _____ dal _____ ;
- 2) 2) Altra Associazione _____ iscritta
all'albo regionale delle società sportive _____ al
nr _____ dal _____ ;
- 3) Altra Associazione _____ iscritta
all'albo regionale delle società sportive _____ al
nr _____ dal _____ ;
- 4) 4) Altra Associazione _____ iscritta
all'albo regionale delle società sportive _____ al
nr _____ dal _____ ;

CHIEDE

la concessione di un finanziamento per la realizzazione di un progetto di sport terapia da realizzare nel territorio della ex Provincia di: CA NU OR VS SS OT OG CI

Luogo e data

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE CAPOFILA

_____ I sottoscritti Legali
rappresentanti delle seguenti Associazioni dichiarano di approvare il presente progetto.

1) ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE

2) ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE

3) ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE

4) ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE