

ALLEGATO A

AL COMITATO SPORTINNOVI

comitatodellaconsultasportiva@gmail.com

OGGETTO: Contributi in favore delle società e associazioni sportive dilettantistiche

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

Legale Rappresentante dell'Associazione _____

n. telefono _____ e indirizzo email/pec _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445 del 28/12/2000 nel caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti, formazione, uso o esibizione di atti falsi, e del fatto che la dichiarazione non veritiera comporta la decadenza dai benefici ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000.

CHE LA ASD/SSD

- ha sede legale in (Comune) _____
Via _____;
- e sede operativa in (Comune) _____
Via _____;
- ha C.F e/o P.IVA _____;
- è stata costituita il _____ (allegare copia dell'atto di costituzione, unitamente a dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale – All. B);
- Alla data odierna è iscritta al Registro CONI/CIP, (sezione Regione: Piemonte, Provincia: Alessandria, Comune: Novi Ligure) con codice di affiliazione _____;

- alla data del _____ svolge all'interno del Comune di Novi Ligure un'attività sportiva rivolta ai giovani (under 18) che coinvolge un numero di tesserati atleti under 18 pari a n. _____;
- Sono presenti nelle società istruttori con diploma ISEF / Laurea in Scienze motorie o Istruttori riconosciuti dalle Federazioni Sportive Nazionali o dagli Enti di Promozione Sportiva (specificare nome e cognome degli istruttori e Ente / FSN / EPS che ha rilasciato il titolo di istruttore) _____
_____;
- Svolge le seguenti attività sportive, indicando il luogo di svolgimento dell'attività:

RICHIEDE IL CONTRIBUTO

- per il sostegno economico delle famiglie, volto a garantire una riduzione del costo a carico delle famiglie per le attività sportive dei minori nel corso della stagione sportiva 2021/2022, (dettagliare le modalità di riduzione del costo a carico delle famiglie)

Modalità di riscossione del contributo:

con ACCREDITO su C/C BANCARIO intestato all'ASD / SSD _____

BANCA _____

FILIALE/AGENZIA di _____

cod. IBAN _____

Generalità persone delegate ad operare sul conto:

Nome e Cognome: _____

C.F. _____

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega copia del documento di identità del dichiarante