

Allegato B) alle determinazione di realizzazione del Programma "Sport terapia" a favore di persone con disabilità.

**Al Comune di Olbia
Settore Servizi alla Persona
Ufficio di Piano
Via Dante n. 1
07026 OLBIA**

**P.L.U.S.
DISTRETTO DI OLBIA
UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (OT)
Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349**

ALLEGATO B

**DOMANDA DI FINANZIAMENTO
ANNO 2016**

**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) 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) 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 _____