



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale delle Politiche Sociali
Servizio Programmazione e Integrazione Sociale

ALLEGATO 1

DOMANDA DI FINANZIAMENTO

**REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA SPERIMENTALE DI SPORT TERAPIA
PER PERSONE CON DISABILITA'**

Spettabile
Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale
Direzione Generale delle Politiche Sociali
Via Roma, 253 - 09123 - CAGLIARI

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 nell'ambito distrettuale 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 _____