ALL. A.

Al CONI
Comitato Regionale Friuli Venezia Giulia
Trieste
Mail: territorio.fvg@coni.it

ENTRO IL 15/10/2024

DOMANDA DI CONTRIBUTO
L.R. 1/2024 ART. 6 commi 168-172 CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI

Intervento contributivo della Regione Friuli Venezia Giulia a favore delle ASD /SSD affiliate a FSN/EPS/DSA per il sostegno , in quota parte , dei costi sostenuti dal 01.07.2024 al 30.09.2024 e ritenuti ammissibili .

QUADRO A - DATI BENEFICIARIO

Denominazione ASD	
Codice fiscale	
FSN/DSA/EPS di appartenenza	
Disciplina sportiva praticata	
E-mail ASD	
Telefono	

QUADRO B - DATI LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome e cognome	
Codice fiscale	
Telefono / Cellulare	

Il sottoscritto, legale rappresentate della ASD/SSD

CHIEDE

l'assegnazione del contributo nella misura massima consentita ai sensi della L.R. 1/2024 ART. 6 commi 168-172. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

QUADRO C – ELENCO TESSERATI CHE HANNO PARTECIPATO ALLA FORMAZIONE

(NOME/COGNOME)

QUADRO D - ELENCO GIUSTIFICATIVO DELLE SPESE SOSTENUTE

(ALLEGARE COPIA FATTURE e/o RICEVUTE FISCALI E COPIA BONIFICI)

N.	FORNITORE E DESCRIZIONE	NUMERO E DATA FATTURA	DATA PAGAMENTO	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTALE COMPLESSIVO EURO				

QUADRO E - DICHIARAZIONI

Sezione E1

In riferimento alla domanda di contributo, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto _____

DICHIARA:

- ☐ di essere legale rappresentante del soggetto richiedente;

- che il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, è:

  ☐ una ASD o SSD affiliata a FSN-DSA-EPS per l'anno in corso e iscritta al Registro CONI

Sezione E2

Il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, dichiara:

☒ di essere a conoscenza degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 1, commi 125-127, della legge 4 agosto 2017, n. 124, e successive modifiche (Legge annuale per il mercato e la concorrenza) e delle conseguenze ivi previste per il mancato adempimento. Tale obbligo non si applica agli Enti pubblici

☒ **DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** ai sensi di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di trattamento dei dati personali), e dal Regolamento (UE) 2016/679

_____ _____

Luogo e data Timbro e Firma legale rappresentante[2]

2 Qualora alla presente dichiarazione venga apposta firma autografata, allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità

Note per la compilazione :

1. Nel modulo vanno indicati i costi sostenuti direttamente dalla ASD/SSD nel periodo dal 01.07.2024 al 30.09.2024 (data fattura)

2. L'ASD / SSD dovrà documentare dettagliatamente i costi con fatture elettroniche e/o ricevute fiscali e corrispondenti copie dei bonifici

3. Corsi e certificazioni ammessi :

   -CORSI SICUREZZA (corso base di 4 ore e corso specifico per basso rischio di 4 ore)
   -CORSI GESTIONE EMERGENZE (pronto soccorso 12 ore e antincendio 8 ore)
   -CORSO BLSD (Basic Life Support Defibrillation o Retraining)
   -RESPONSABILE RSPP (Responsabile Sicurezza Prevenzione e Protezione) [1]
   -CERTIFICAZIONE DVR (Documento Valutazione Rischi)

   [1]*Indicare il costo sostenuto , ovvero corso frequentato per acquisizione certificazione o incarico esterno*