



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

I sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ residente in _____ Prov. (____)
C.A.P. _____ via/piazza _____ n° _____
telefono _____ fax _____ codice fiscale _____

sotto la propria responsabilità, consapevole ed edotto delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti e del dovere di revoca da parte dell'amministrazione di ogni beneficio ottenuto;

DICHIARA

- Di ricoprire la carica di legale rappresentante legale del¹:

_____ con sede in _____;

- Che la medesima è regolarmente iscritta al registro delle Società n. _____;
- Che presso la Sede Sociale sono conservati Atto Costitutivo e lo Statuto redatto ai sensi del D.l.g. n. 460/97, registrato a _____ in data _____;
- Che¹ _____ non persegue scopo di lucro;
- Che i seguenti atleti:

Cognome e nome	Nato a	il	Residente in	Disciplina sportiva	Numero tessera o codice fiscale ²

¹ Indicare l'esatta denominazione del Sodalizio

² Il Codice Fiscale è richiesto ove la Federazione o Ente di competenza identifichi con esso il tesseramento dell'atleta.

Assessorato allo Sport

Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER. : *n. 1.00 del 05.11.2008*

APPROVATO CON : -

AREA : *Contabile*

DIRIGENTE : *Dr.ssa Alessandra Zedda*

SETTORE : *Sport*

SEDE : *Via Paganini, 22 - 09025 Sanluri (VS)*

SERVIZIO : *Sport*

REDATTO DA : *Luigi Matta*

TEL. : *070 9356400*

FAX. : *070 9370383*

C.F. : *92121560921*

P.I. : *02981030923*

E-MAIL : *sport@provincia.mediocampidano.it*

Cognome e nome	Nato a	il	Residente in	Disciplina sportiva	Numero tessera o codice fiscale ²

Sono regolarmente tesserati per¹

_____.
per l'annata sportiva _____ e sono stati sottoposti ad accertamenti sanitari (in base alla L.R. 17/99 ex art. 39).

Si allega fotocopia non autenticata del proprio documento di identità

Data, _____

Il Legale Rappresentante
