

**L.R. 17/99, EX ARTICOLO 39 - RICHIESTA
CONTRIBUTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO ALLA TUTELA
SANITARIA.**

Bollo
€ 14,62

Spett.le Provincia del Medio Campidano
Ufficio Sport
Via Paganini, 22
09025 Sanluri (VS)

__l_ sottoscritt_ _____

in qualità di legale rappresentante della Società Sportiva:

con sede legale nel comune di _____

via _____

telefono _____ fax _____ CF/P.IVA _____

e del conto corrente bancario o postale n. _____ intestato
esclusivamente al sodalizio in questione, IBAN _____

RIVOLGE ISTANZA

al fine di poter beneficiare di un contributo ai sensi dell'ex art. 39 della L.R. 17/99.

DICHIARA CHE

il sodalizio risulta essere regolarmente affiliato alla Federazione o Ente di promozione sportiva

per la disciplina/e _____

Allega la seguente documentazione:

1. dichiarazione sostitutiva atto notorio ai sensi del D.P.R. 445/200, Art.47;
2. copia resa conforme all'originale delle fatture e/o ricevute fiscali;
3. copia documento d'identità del Legale rappresentante.

Ai sensi della Legge 196/2003, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e nei relativi allegati.

Data _____

Il Legale Rappresentante

Assessorato allo Sport

L.R. 17/99, ex articolo 39 - Richiesta contributo per l'esercizio del diritto alla tutela sanitaria.

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*