

**L.R. 17/99 ART.39 ISTANZA CONTRIBUTO PER LA
TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE
AGONISTICHE**

Bollo
€ 14,62

ALLEGATO 10

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

____ sottoscritt _____ in qualità di legale
rappresentante della Società Sportiva: _____
con sede legale nel comune di _____
via _____ telefono _____ fax _____
CF/P.IVA _____ 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'art. 39 "Tutela Sanitaria" 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. 445/2000, 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 art.39 Istanza contributo per la Tutela Sanitaria delle attività sportive agonistiche

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER.: *n. 1.00 del 14.09.2009*

APPROVATO CON: -

AREA: *Contabile*

DIRIGENTE: *Dr. Nicola Sciannameo*

SETTORE: *Sport*

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

SERVIZIO: *Sport*

REDATTO DA: *Luigi Matta*

TEL.: *070 9356400*

FAX.: *070 9370383*

C.F. *92121560921*

P.I.: *0291030923*

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