|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Da compilare su carta intestata del soggetto richiedente** | | | |
|  | | | |
| **Spett.le**  **CONI C.R. SARDEGNA**  **Via Antonio Fais, 5,**  **09128 Cagliari**  **Domanda di ammissione al contributo straordinario emergenza Covid-19** | | | |
| **SEZIONE A - INFORMAZIONI SOGGETTO RICHIEDENTE** | | | |
| denominazione completa | |  | |
| sede legale | | | |
| indirizzo | |  | |
| cap - citta' - provincia | |  | |
| telefono | |  | |
| codice fiscale | |  | |
| partita iva | |  | |
| telefono | |  | |
| sito internet | |  | |
| indirizzo posta elettronica | |  | |
| indirizzo p.e.c. | |  | |
| affiliato presso | |  | |
| numero affiliazione | |  | |
| LEGALE RAPPRESENTANTE | | | |
| cognome |  | | |
| nome |  | | |
| codice fiscale |  | | |
| nato a |  | | |
| il |  | | |
|  | | | |
| **SEZIONE B – INFORMAZIONI AI FINI DEI CRITERI DI CUI ALL’ART. 3 DEL REGOLAMENTO** | | | |
|  | | | |
| **1) Consistenza e qualità dei vivai:** | | | |
| Numero di atleti (indicare il numero di atleti fino ad anni 18 nati - fino al 2002 compreso) | | |  |
| **2) Quantità di talenti sportivi espressi:** | | | |
| Risultati ottenuti (indicare il numero di risultati per ciascuna voce sottoindicata) | | | |
| Vittorie / podi a campionati italiani di categoria o equipollente | | |  |
| Vittorie / podi a campionati europei di categoria o equipollente | | |  |
| Vittorie / podi a campionati europei assoluti o equipollente | | |  |
| Vittorie / podi a campionati mondiali di categoria o equipollente | | |  |
| Vittorie / podi a campionati mondiali assoluti o equipollente | | |  |
| Numero delle gare federali disputate | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3) attività con atleti disabili, agonistica e/o promozionale:** | |
| Numero di atleti disabili tesserati (a prescindere dall’età). |  |
| **4) attività con atleti over 65, agonistica e/o promozionale** | |
| Numero di atleti over 65 tesserati (a prescindere dall’età). |  |
| **Nota: Gli atleti possono comparire solo in un criterio** | |
| **SEZIONE C** - continuità dell’attività sportiva e del rapporto con gli atleti ed altre dichiarazioni  Il legale rappresentate attesta e dichiara il rapporto di continuità tra gli atleti che sono stati indicati come numeri alla precedente sezione B la richiedente ed in particolare che: (a) tutti gli atleti sono iscritti alla società richiedente nelle due stagioni sportive concluse; (b) praticano la medesima disciplina da almeno due stagioni sportive concluse; (c) proseguono presso la società richiedente la medesima disciplina anche per la corrente stagione che si riavvia dopo l’emergenza sanitaria.  Il legale rappresentante dichiara che le informazioni fornite con la presente domanda sono veritiere.  Il legale rappresentante accetta integralmente il regolamento, che dichiara di aver letto, compreso e accettato.  Il legale rappresentante accetta incondizionatamente ogni decisione che sarà adottata dalla Giunta Regionale CONI C.R. Sardegna. | |
| DATA |  |
| FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E TIMBRO |  |

**DICHIARAZIONE DEL** **COMITATO / DELEGAZIONE REGIONALE**

Il comitato / delegazione regionale della …………………………………………… attesta che i dati indicati nella presente domanda corrispondono a quanto risulta dagli atti, registi e documenti della ……………………………………………………………..cui il richiedente è affiliato.

Data e firma

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445** |
| **Il/La sottoscritto/a *(cognome e nome)*:** |
| **in riferimento alla richiesta di contributo presentata al CONI CR Sardegna, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.p.r. 445/2000,**  **D I C H I A R A** |
| **di essere nato a: il:** |
| **di essere il rappresentante legale dell’ASD/SSD denominata** |
| **che l’ASD /SSD è affiliato a:** |
| **che l’ASD/SSD è iscritta al Registro CONI al numero:** |
| **che l'IBAN di seguito riportato è intestato al soggetto richiedente**  IBAN |
| **Ai sensi Regolamento Privacy UE 2016/679 i dati forniti dal partecipante a saranno trattati conformemente alle disposizioni contenute nel codice in materia di protezione dei dati personali, nonché ai contenuti di cui alla informativa sulla privacy che il partecipante accetta al momento della partecipazione.** |
| Data Timbro e Firma del legale rappresentante  **Allegare obbligatoriamente copia del documento identità.** |