

Allegato B) alle determinazione di realizzazione del Programma "Sport terapia" a favore di persone con disabilità.

**Al Comune di Olbia  
Settore Servizi alla Persona  
Ufficio di Piano  
Via Dante n. 1  
07026 OLBIA**

**P.L.U.S.  
DISTRETTO DI OLBIA  
UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE  
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA  
Comune Capofila Olbia (OT)  
Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349**

**ALLEGATO B**

**DOMANDA DI FINANZIAMENTO  
ANNO 2016**

**REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SPORT TERAPIA  
PER PERSONE CON DISABILITA'**

Spettabile  
Ambito Plus \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_

in associazione con:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

*(N.B. riportare la denominazione completa dell'Associazione capofila e, eventualmente, di quelle associate)*

con sede legale presso il Comune di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Nominativo e recapito di riferimento per comunicazioni

\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DEL SOGGETTO RICHIEDENTE:**

**Forma singola:**  Associazioni \_\_\_\_\_ affiliata \_\_\_\_\_ CIP  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Associazioni affiliata a un Ente di Promozione Sportiva  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Associazioni benemerite del CONI  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Forma congiunta:**

- Associazione Capofila: \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 1) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 2) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 3) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 4) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle società sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di un finanziamento per la realizzazione di un progetto di sport terapia da realizzare nel territorio della ex Provincia di:

CA  NU  OR  VS  SS  OT  OG  CI

Luogo e data

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE CAPOFILA

\_\_\_\_\_

**I sottoscritti Legali rappresentanti delle seguenti Associazioni dichiarano di approvare il presente progetto.**

1) ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

2) ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

3) ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

4) ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_