



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale delle Politiche Sociali  
Servizio Programmazione e Integrazione Sociale

**ALLEGATO A**

**DOMANDA DI FINANZIAMENTO  
ANNO 2012**

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

Spettabile  
Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale  
Direzione Generale delle Politiche Sociali  
Via Roma, 253 - 09123 - CAGLIARI

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 \_\_\_\_\_



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale delle Politiche Sociali  
Servizio Programmazione e Integrazione Sociale

**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 nell'ambito distrettuale 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 \_\_\_\_\_