

Bando Contributo Organizzazione Manifestazioni – Anno 2023 - **Allegato - A**

(da redigersi su carta intestata del Sodalizio sportivo richiedente)

Al Comitato Italiano Paralimpico – C.R. Sardegna

Via Grosseto n. 1 – 09126 CAGLIARI

PEC: sardegna@postacert.comitatoparalimpico.it

DESCRIZIONE ILLUSTRATIVA

FSP/FSNP/DSP/DSAP/EPP/EPSP/ASD/SSD: _____
(Denominazione completa del richiedente)

MANIFESTAZIONE SPORTIVA / CONVEGNO / CORSO DI FORMAZIONE DENOMINATA/O:

Luogo di svolgimento: _____

Dal giorno ___/___/2023 **al** ___/___/2023

a. CARATTERISTICHE TERRITORIALI (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Contesto territoriale e coinvolgimento utenti	COMUNALE	<input type="checkbox"/>
	PROVINCIALE	<input type="checkbox"/>
	REGIONALE	<input type="checkbox"/>
	NAZIONALE	<input type="checkbox"/>

b. 1. PROPOSTA MANIFESTAZIONE SPORTIVA (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Articolazione proposta progettuale manifestazione sportiva	Durata	1 giorno	<input type="checkbox"/>
		Più di 1 giorno	<input type="checkbox"/>
	Coinvolgimento altri soggetti pubblici e/o fondazioni	Fino a 2	<input type="checkbox"/>
		Più di 2	<input type="checkbox"/>
	Storicità (N. edizioni precedenti)	Fino a 3	<input type="checkbox"/>
		Più di 3	<input type="checkbox"/>
	Presenza utenti con disabilità	Fino a 15	<input type="checkbox"/>
		Più di 15	<input type="checkbox"/>
	Coinvolgimento delle scuole (N. studenti)	Fino a 100	<input type="checkbox"/>
		Più di 100	<input type="checkbox"/>
	Attività sportiva multidisciplinare (N. discipline paralimpiche)	Fino a 4	<input type="checkbox"/>
		Più di 4	<input type="checkbox"/>
Comunicazione e promozione (Ufficio stampa, Servizi Foto e Video, Social Manager, ecc.)		<input type="checkbox"/>	

Bando Contributo Organizzazione Manifestazioni – Anno 2023 - **Allegato - A**

b. 2. PROPOSTA CONVEGNO, CORSO DI FORMAZIONE (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Articolazione proposta progettuale corso di formazione paralimpica	Durata	1 giorno	<input type="checkbox"/>
		Più di 1 giorno	<input type="checkbox"/>
	Coinvolgimento altri soggetti pubblici e/o fondazioni	Fino a 2	<input type="checkbox"/>
		Più di 2	<input type="checkbox"/>
	Presenza utenti con disabilità	Fino a 4	<input type="checkbox"/>
		Più di 4	<input type="checkbox"/>
	Livello del corso di formazione per tecnici paralimpici	1° Livello (Base)	<input type="checkbox"/>
		2° Livello (Intermedio)	<input type="checkbox"/>
		3° Livello (Avanzato)	<input type="checkbox"/>

c. INCIDENZA DEL CONTRIBUTO CIP SARDEGNA (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Incidenza del contributo richiesto sul totale	Fino al 30%	<input type="checkbox"/>
	Più del 30% e fino al 50%	<input type="checkbox"/>
	Più del 50% e fino all' 80%	<input type="checkbox"/>
	Più dell' 80%	<input type="checkbox"/>

_____ , li ____/____/_____

Il Presidente / Legale Rappresentante

Timbro e firma leggibile