



AL COMITATO ITALIANO PARALIMPICO
COMITATO REGIONALE TOSCANA
toscana@comitatoparalimpico.it

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE CORSO AVVIAMENTO ALLO SPORT PER INVALIDI CIVILI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 codice fiscale _____ in qualità di Presidente
 dell'ASD/SSD _____

CHIEDE

di poter partecipare al progetto "avviamento per invalidi civili", che prevede la concessione di contributi alle Associazioni e Società Sportive Paralimpiche finalizzati all'avviamento allo sport mediante lo svolgimento di corsi di avviamento all'attività sportiva, rivolti a persone con un'invalidità civile.

A tal fine

DICHIARA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000,

di essere

LEGALE RAPPRESENTANTE della ASD/SSD (inserire denominazione completa)	
Indirizzo della sede legale	
Telefono	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Indirizzo posta elettronica	
Affiliata a FSP/FSNP/DSP/DSAP (organismo competente per le discipline sportive e per le tipologie di disabilità per le quali vengono proposti i corsi)	
Numero iscrizione Sezione CIP - Registro Nazionale ASD/SSD tenuto dal CONI	

DICHIARA INOLTRE

- che l'ASD/SSD dispone di adeguati spazi ed attrezzature idonee allo svolgimento dell'attività proposta, che verranno fornite a titolo gratuito alla persona che effettuerà il corso;
- che l'attività sportiva si svolgerà nel pieno rispetto delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza previste dalla normativa vigente;
- che l'avviamento sarà seguito da un tecnico con esperienza per l'attività paralimpica (con brevetto federale, laurea in scienze motorie o titolo equipollente);



CHIEDE

l'attivazione di un corso di avviamento sportivo per n° ____ atleti (indicarne al massimo 3), che non sono mai stati tesserati prima per una FSP/FSNP/DSP/DSAP :

1) Nome e Cognome: _____ nato a _____ il _____
Residente in via _____ n° ____ Città _____
CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

Disciplina per la quale si richiede il corso di avviamento: _____

2) Nome e Cognome: _____ nato a _____ il _____
Residente in via _____ n° ____ Città _____
CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

Disciplina per la quale si richiede il corso di avviamento: _____

3) Nome e Cognome: _____ nato a _____ il _____
Residente in via _____ n° ____ Città _____
CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

Disciplina per la quale si richiede il corso di avviamento: _____

Con la firma del presente atto l'istante dichiara, infine, di aver letto e condiviso il regolamento relativo al progetto "avviamento per invalidi civili".

Luogo e data

Firma del Legale rappresentante e timbro

Allegare copia del documento di riconoscimento del Legale rappresentante dell'ASD/SSD (carta d'identità, passaporto, patente fronte/retro) in corso di validità alla data di presentazione della domanda.



REGIONE
TOSCANA



REGIONE
TOSCANA



REGIONE
TOSCANA