*CARTA INTESTATA SOCIETA’*

Spett.le

FEDERAZIONE ITALIANA CANOTTAGGIO

00196 ROMA – VIALE TIZIANO, 74

|  |
| --- |
| **MODULO PER SOCIETA’ ADERENTI AL PROGETTO SPORT TERAPIA INTEGRATA**  **ATTIVAZIONE CORSI RICHIESTA CONTRIBUTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CUP** | **J59I22001590001** |
| **PROGETTO finanziato da Sport e Salute SpA** | **SPORT TERAPIA INTEGRATA** |

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il Codice Fiscale

residente in via/piazza

n. civico Cap in qualità di Legale Rappresentante della asd/ssd \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail

codice IBAN

***Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 76 D.P.R. 445/2000 ed art. 489 C.P.)***

Richiede

Di autorizzare le domande per il Corso di Canottaggio previsto dal progetto Sport Terapia Integrata (minimo due ore settimanali) da erogare ai sotto elencati beneficiari

Il contributo previsto per il Corso di Canottaggio previsto dal progetto Sport Terapia Integrata

Dichiara

* Di aver acquisito l’impegno da parte dei beneficiari a partecipare al Corso di Canottaggio per Sport Terapia Integrata per un minimo di 6 mesi
* Che le spese oggetto di rendicontazione non risultano finanziate da ulteriori contributi pubblici
* Di aver acquisito i certificati medici richiesti per il progetto Sport Terapia Integrata riferito al bando Sport e Salute:
* Certificato medico non agonistico;
* Ed Inoltre certificato medico per le seguenti categorie: pazienti ed ex pazienti oncologici, malattie croniche non trasmissibili (MCNT)
* Che i corsisti di cui si richiede l’attivazione al corso non hanno usufruito del precedente contributo relativo al Progetto Sport Terapia Integrata.

Per le attività si richiede un rimborso pari ad € 360,00 a beneficiario per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il periodo minimo di 6 mesi, da concludere nelle modalità previste dal progetto, da parte di n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritti, e precisamente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° iscritti | Nome e Cognome | N° Tesseramento FIC Sport Terapia Integrata 2023 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |

Luogo e data / /2024

(firma leggibile)