



Comune di Nuoro  
Ente Gestore

BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI,  
OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel. 0784216892 fax 0784216892

## DOMANDA DI FINANZIAMENTO

REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA SPERIMENTALE DI SPORT TERAPIA PER PERSONE CON  
DISABILITA' DI CUI ALLA DELIBERA REGIONALE N. 63/14 DEL 15.12.2015

SPETT.LE ENTE GESTORE

PLUS DISTRETTO DI NUORO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ 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 societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Associazioni affiliata a un Ente di Promozione Sportiva iscritta all'albo regionale delle  
societa sportive \_\_\_\_\_ al nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Associazioni benemerite del CONI  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Forma congiunta:**

Associazione Capofila: \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

1) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

2) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

3) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

4) Altra Associazione \_\_\_\_\_  
iscritta all'albo regionale delle societa sportive \_\_\_\_\_ al  
nr \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di un finanziamento per la realizzazione di un progetto di sport terapia,  
allegato alla presente, da realizzare nel Distretto di Nuoro

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** \_\_\_\_\_

