



# COMUNE DI SAN TEODORO

(Provincia di Sassari -Zona Omogenea Olbia Tempio)

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Via Grazia Deledda, snc – 07052 San Teodoro – tel. 0784/860011, fax 0784/865192 pec.

[servizisociali@pec.comunesanteodoro.it](mailto:servizisociali@pec.comunesanteodoro.it)

### **ALL.2 Richiesta erogazione contributo Attività ordinaria**

**Scadenza: 15.01.2026 ore 12.00**

**RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DI PROGETTI E INIZIATIVE IN AMBITO SPORTIVO PROMOSSI DA SOCIETA' SPORTIVE E ASSOCIAZIONI SPORTIVE CHE OPERANO SUL TERRITORIO COMUNALE E/O REGIONALE. PERIODO DAL 01/10/2025 AL 30/09/2026.**

**Al Comune di San Teodoro  
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ civ. n. \_\_\_\_\_  
munito di documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante/presidente, della Società Sportiva/Associazione sportiva

con:

sede legale in via/piazza \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

sede operativa in via/piazza \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

CODICE FISCALE N. \_\_\_\_\_

E-mail PEC \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

con riferimento all'Avviso Pubblico per la richiesta di contributi a sostegno di progetti e iniziative in ambito sportivo promossi da Società sportive e Associazioni sportive che operano sul territorio comunale e/o regionale (Periodo dal 01/10/2024 al 31/05/2025), consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

#### **DICHIARA**

che sono state applicate le seguenti rette per la partecipazione degli atleti iscritti:

NOME E COGNOME ATLETA	DISABILITA' SI/NO	ATTIVITA' SPORTIVA PRATICATA	PERIODO (DAL...../ AL....)	COSTO PER FREQUENZA MENSILE O COSTO COMPLESSIVO	TOTALE COMPLESSIVO PAGATO DALLE FAMIGLIE/ATLETI ALL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA

