

AI CONI
 Comitato Regionale Friuli Venezia Giulia
 Trieste
 Mail: territorio.fvg@coni.it

DOMANDA DI CONTRIBUTO**L.R. 1/2024 ART. 6 commi 168-172 CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI**

Nel modulo vanno indicati i costi sostenuti e/o da sostenere nel periodo dal **01.01.2024 al 30.06.2024**
 L'intervento contributivo della Regione è a sostegno, in quota parte, dei costi totali rappresentati e non a copertura totale. In caso di concessione, la ASD / SSD dovrà documentare dettagliatamente (fatture / ricevute / copie bonifici) i costi sostenuti per la tipologia di corsi sottosegnati.

Da presentare via mail entro il 20 marzo 2024

QUADRO A - DATI BENEFICIARIO

Denominazione ASD	
Codice fiscale	
FSN/DSA/EPS di appartenenza	
Disciplina sportiva praticata	
E-mail ASD	
Telefono	

QUADRO B - DATI LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome e cognome	
Codice fiscale	
Telefono / Cellulare	
E-mail	

Il sottoscritto, legale rappresentate della ASD/SSD

CHIEDE

l'assegnazione del contributo nella misura massima consentita ai sensi della L.R. 1/2024 ART. 6 commi 168-172. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

QUADRO C - ELENCO CORSI FORMAZIONE

TIPOLOGIA CORSO FORMAZIONE	NUMERO COLLABORATORI SOCIETARI (TESSERATI) COINVOLTI	COSTO TOTALE PREVENTIVATO
CORSI SICUREZZA (corso base di 4 ore e corso specifico per basso rischio di 4 ore)		
CORSI GESTIONE EMERGENZE (pronto soccorso 12 ore e antincendio 8 ore)		
CORSO BLS (Basic Life Support Defibrillation o Re-training)		
RESPONSABILE RSPP (Responsabile Sicurezza Prevenzione e Protezione) ¹		
ALTRI CORSI SICUREZZA (specificare)		
CERTIFICAZIONE DVR (Documento Valutazione Rischi)	/	
COSTO TOTALE COMPLESSIVO PREVENTIVATO		

¹Indicare il costo da sostenere, ovvero corso frequentato per acquisizione certificazione o incarico affidato ad esterni

QUADRO D - DICHIARAZIONI

Sezione D1
<p>In riferimento alla domanda di contributo, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445,</p> <p>Il sottoscritto _____</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> di essere legale rappresentante del soggetto richiedente; • che il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, è: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> una ASD o SSD affiliata a FSN-DSA-EPS per l'anno in corso e iscritta al Registro CONI
Sezione D2
<p>Il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, dichiara:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> di essere a conoscenza degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 1, commi 125-127, della legge 4 agosto 2017, n. 124, e successive modifiche (Legge annuale per il mercato e la concorrenza) e delle conseguenze ivi previste per il mancato adempimento. Tale obbligo non si applica agli Enti pubblici</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di trattamento dei dati personali), e dal Regolamento (UE) 2016/679</p>

Luogo e data

Timbro e Firma legale rappresentante²

² Qualora alla presente dichiarazione venga apposta firma autografata, allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità