**Allegato 1**

**Modello di domanda**

Al Dipartimento Promozione della salute e del benessere animale

Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport

PEC: bandosport.ministero@pec.rupar.puglia.it

|  |
| --- |
| **OGGETTO: Avviso pubblico per l’assegnazione delle risorse afferenti il Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità – D.M. 29 novembre 2021. Domanda di contributo.** |

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Referente per l’iniziativa/Persona di contatto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

la concessione del contributo per la linea di intervento Misura \_\_\_\_\_ dell’importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’avviso pubblico di cui in oggetto.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Linea di intervento \*** | **Valore totale del progetto** | **Importo per cui si chiede il contributo** | **Eventuale** **cofinanziamento**  |
|  Misura A - Attività ludico-sportive | € | € | € |
|  Misura B - Servizi in ambito sportivo | € | € | € |

\* Ogni Comune può presentare ***UNA SOLA ISTANZA*** di contributo, scegliendo esclusivamente una delle due linee di intervento (Misura A oppure Misura B) sulla base dei bisogni dei territori, a pena di esclusione di tutte le domande presentate.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte con la presente domanda, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e, in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, si applicano le sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

1. di accettare espressamente le prescrizioni contenute nell’avviso indicato in oggetto e nei suoi allegati;
2. di accettare, in caso di attribuzione del contributo regionale, gli obblighi previsti dall’Avviso per i soggetti beneficiari;
3. che l’IVA:

**☐** rappresenta un effettivo costo per il Comune

**oppure**

**☐** NON rappresenta un effettivo costo per il Comune;

1. che per gli interventi sopra descritti:

**☐** NON sono stati ottenuti altri contributi

**oppure**

**☐** sono stati ottenuti altri contributi per complessivi euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. che, in caso di assegnazione del contributo, gli estremi identificativi del conto corrente dedicato sono i seguenti:

|  |
| --- |
| Il c/c bancario o postale deve essere intestato al soggetto richiedente |
| Azienda di credito: \_\_\_\_\_\_\_ |  Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PAESE | Codici contr. | CIN | CODICE ABI (banca) | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| coordinate IBAN | coordinate BBAN |
| Ufficio postale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PAESE | Codici contr. | CIN | CODICE ABI (banca) | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| coordinate IBAN | coordinate BBAN |

**ALLEGA**

**(pena l’irricevibilità della domanda)**

* Scheda di progetto di cui all’allegato 2;
* Dichiarazione di cui all’allegato 3 (nel caso di istanza per la misura A).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data)

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

 *firma del legale rappresentante*