

Modello Nr. 2 per la richiesta di “**Buono Sport**” atleti disabili fino a **25 anni di età** da compilare e consegnare all’Ufficio Servizi Sociali o tramite **PEC entro le ore 12.00 di venerdì 28 febbraio 2025.***

All’Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Gallio
Via Roma, 2
36032 Gallio (VI)
PEC: gallio.vi@cert.ip-veneto.net

Protocollo N. _____

OGGETTO: RICHIESTA DI “BUONO SPORT” ANNUALITA’ 2024 PER ATLETI DISABILI.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ C.F. _____ e residente a Gallio in
Via/Piazza _____ e-mail: _____ Telefono
_____.

CHIEDE

L’erogazione del “Buono Sport” in qualità di atleta disabile.

ISCRITTO DAL _____ TESSERA FEDERALE NR° _____

All’ Associazione Sportiva Dilettantistica _____ con sede a
_____ in Piazza/Via _____, N° _____
C.F. o P.I. _____, e-mail: _____ Telefono
_____ riconosciuta e regolarmente costituita nel **Registro Nazionale Delle Attività Sportive
e dilettantistiche del Dipartimento dello Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri** e
rappresentata da _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ e residente a
_____ in Via/Piazza _____, N° _____
Telefono _____.

Firma del richiedente
(riferito al documento d’identità allegato)

Timbro e Firma del legale rappresentante dell’ASD
(riferito al documento d’identità allegato)

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) il dichiarante è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000.