Marca da bollo Euro16,00
(qualora dovuta)

Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato Pubblica Istruzione, Beni Culturali,Informazione, Spettacolo e Sport

Direzione Generale dei Beni Culturali, Informazione, Spettacolo e Sport

Servizio Sport, Spettacolo, Cinema

PEC pi.sportspettacolo@pec.regione.sardegna.it

N. SAR ……

Oggetto: Richiesta di contributo per la formazione di personale in qualità di esecutore BLSD. Legge Regionale 13 aprile 2017, n. 5, art.8, comma 44.

Il sottoscritto _____ in qualità di Presidente o Legale rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica/Società sportiva _____, rivolge istanza a codesto Assessorato al fine di poter beneficiare del contributo per la formazione di personale in qualità di esecutore BLSD di cui alla Legge Regionale in oggetto.

CONSAPEVOLE

- del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito (art. 75 D.P.R. n. 445/2000);

- delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione e uso di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000);

DICHIARA

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- che la Associazione Sportiva Dilettantistica/Società sportiva _____ con sede a _____, in via/piazza _____ Codice Fiscale _____Partita IVA _____ tel._____ cell. _____ PEC (intestata all'organismo richiedente) _____ IBAN (intestato all'organismo richiedente) _____

- che la Associazione/Società sportiva _____

  ☐ è regolarmente costituita nel _____ e ha presentato richiesta di prima iscrizione e/o rinnovo dell'iscrizione all'Albo regionale delle società sportive per l'annualità 2017 in data _____;

OPPURE

  ☐ si è regolarmente costituita nel _____ ed è regolarmente iscritta all'Albo regionale delle società sportive al n. SAR _____ per l'annualità 2017;

- che il seguente personale della Associazione Sportiva Dilettantistica/Società sportiva ha partecipato al "Corso BLS-D per autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE)", eseguito:

  ☐ dalla Centrale Operativa del 118 di _____

  oppure

  ☐ dall'Ente di formazione _____ la cui esecuzione del corso è stata validata dalla Centrale Operativa del 118:

NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

- dichiara di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 14 della L.R. 11 aprile 2016 n. 5
- di avere piena conoscenza dei criteri e delle modalità di concessione del contributo di che trattasi approvati con Deliberazione della Giunta Regionale n. 38/24 del 8 agosto 2017 "*Contributi a favore delle società e associazioni sportive per la formazione di personale in qualità di esecutore BLSD (Basic Life Support Defibrillation)"*pubblicati sul sito istituzionale della Regione Autonoma della Sardegna www.regione.sardegna.it ;
- di avere piena conoscenza delle disposizioni contenute nell'Avviso pubblico relativo alla presentazione delle richieste contributive di cui alla Legge Regionale in oggetto.

Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, si autorizza il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e nei relativi allegati.

Allega alla presente domanda:

- fattura quietanzata con indicazione del nominativo del/dei soggetto/i autorizzato/i all'utilizzo del DAE
- attestato di validazione del corso da parte della Centrale Operativa del 118 (solo qualora l'attestato di esecutore BLSD venga rilasciato da un Ente di formazione)
- attestato assolvimento imposta di bollo (se non apposta apposita marca da bollo nel frontespizio dell'istanza)
- copia del documento d'identità del dichiarante[1].

Timbro e firma
IL PRESIDENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE

_____

[1] **La trasmissione dell'istanza priva di firma e documento d'identità del Presidente/Legale rappresentante costituirà causa di esclusione**