

Marca
da bollo
€ 16,00

ALL'ASSESSORATO SANITA', SALUTE
E POLITICHE SOCIALI
VIA DE TILLIER, 30
11100 AOSTA AO

OGGETTO: **Richiesta concessione contributo ai sensi della legge regionale 13 maggio 1993, n. 32 recante “Concessione di contributi per la realizzazione di iniziative di interesse socio-sanitario” e successive modificazioni.**

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

comune di nascita _____ data di nascita ____/____/____

residente nel comune di _____ C.A.P. _____ via _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

in qualità di _____ dell'ente denominato _____

avente codice fiscale _____ partita iva _____ sede legale _____

realizzatore dell'iniziativa denominata _____

luogo svolgimento _____ data/periodo svolgimento _____

CHIEDE

la concessione di un contributo ai sensi della L.R. 13 maggio 1993, n. 32 e successive modificazioni.

A tal fine riporta di seguito una relazione dettagliata sull'iniziativa ed una previsione analitica delle spese nonché delle eventuali entrate.

RELAZIONE

PREVENTIVO DELLE SPESE

VOCI CUI SI RIFERISCONO LE SPESE	IMPORTO SPESE LORDE	IMPORTO DELL'IVA EVENTUALMENTE DETRATTA
OSPITALITA' RELATORI/MODERATORI		
COMPENSO RELATORI		
UTILIZZO LOCALI E APPARECCHIATURE TECNICHE		
DIVULGAZIONE EVENTO		
ALTRE		
TOTALE		

PREVENTIVO DELLE ENTRATE

VOCI CUI SI RIFERISCONO LE ENTRATE	IMPORTO ENTRATE LORDE	IMPORTO DELL'IVA EVENTUALMENTE ADDEBITATA
TOTALE		

Il/la sottoscritto/a _____ sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nell'anno _____(indicare l'anno in cui si presenta la domanda) L'ENTE REALIZZATORE beneficiario del contributo:

☐ ha già usufruito del contributo di cui alla L.R. 32/93 e successive modificazioni per _____ volte
(indicare quante volte)

☐ non ha usufruito del contributo di cui alla L.R. 32/93 e successive modificazioni

- che per l'attività in questione L'ENTE REALIZZATORE beneficiario del contributo:

□ ha agito

☐ non ha agito

in forma d'impresa e l'eventuale acquisto di beni strumentali ammonta a € _____,

RIEPILOGO DATI DELL'ENTE PROMOTORE BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO DI CUI ALLA
L.R.32/1993 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Banca/Poste	Agenzia
-------------	---------

coordinate bancarie IBAN* (27 caratteri)

[illegible]

(data)

(firma del richiedente)

Il sottoscritto/a _____ dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali e sensibili contenuti nella presente modulistica verranno trattati con modalità sia manuali che informatizzate e con logiche pienamente rispondenti alla finalità di perseguire. Nessuno dei dati personali e sensibili viene diffuso né comunicato a soggetti estranei all'Amministrazione, ad eccezione dei soggetti direttamente interessati alla valutazione del singolo caso.

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____