

ALLEGATO 2.1 A

Formulario Misura 2a - “Contributi per manifestazioni sportive nazionali e internazionali” (art. 11, comma 1, lettera b), della L. R. 33/06e s.m.i).

(Il presente formulario NON deve essere compilato a penna ma attraverso un programma di videoscrittura (MS Word, Open Office Writer, ecc.)

Soggetto proponente
Denominazione della manifestazione
Luogo di svolgimento
Data inizio __/__/__ data fine __/__/__ N. complessivo di giorni _____
Numero di atleti coinvolti _____ ovvero Numero di squadre coinvolte _____
La manifestazione si svolge per la prima volta? SI NO
La manifestazione si svolge da n. _____ edizioni

Disciplina sportiva praticata _____
Tipologia della manifestazione (NB: Selezionare solo una tipologia) Agonistica Promozionale

Livello della manifestazione (NB: Selezionare solo un livello) Nazionale Internazionale
--

Livello tecnico e Caratteristiche dei partecipanti

Provenienza degli atleti o delle squadre partecipanti (NB: Minimo 5 Regioni compresa la Puglia- L'adesione delle altre Regioni deve essere documentata)

Rilevanza e visibilità dedicata alla manifestazione dai media

La manifestazione è inserita nel calendario delle manifestazioni sportive paralimpiche?

SI

NO

NB: Se SI, allegare dichiarazione del CIP

Breve descrizione delle ricadute positive per il territorio pugliese

La partecipazione è gratuita per tutti?

☐ SI

☐ NO

☐ Parzialmente

Piano finanziario preventivo

VOCI DI SPESA	IMPORTO
Spese relative all'ospitalità di atleti, accompagnatori, organizzatori, collaboratori compresi il ristoro e pernottamento	

Publicizzazione e divulgazione dell'iniziativa (max 15% sulla spesa totale)	
Compensi per allenatori, istruttori, tecnici, arbitri, giudici di gara, medici sportivi e collaboratori	
Spese di assicurazione, autorizzazioni, concessioni relative alla manifestazione	
rimborsi spese, pedaggi autostradali, posteggi, etc., a collaboratori, volontari, promotori, organizzatori e che dovranno essere debitamente documentati	
Spese generali (max 20% sulla spesa totale)	
Assistenza sanitaria – Spese mediche	
Premi, omaggi e riconoscimenti (max 10% sulla spesa totale)	
COSTO TOTALE MANIFESTAZIONE	
ALTRI CONTRIBUTI PREVISTI	
Indicare eventuali contributi da privati	
Indicare eventuali contributi pubblici (escluso il finanziamento regionale)	
TOTALE ALTRI CONTRIBUTI	

NB: La percentuale del contributo regionale sarà calcolata sul disavanzo tra il costo totale ed il totale degli altri contributi.

Referente del progetto

Nominativo _____

Tel _____ fax _____ cell. _____

Email _____

Firma del legale rappresentante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(D.P.R. 445 DEL 28 dicembre 2000, agg.to alla L. 183/2011)

(solo per i soggetti di cui all'art. 11, comma 2, lettera a: "Società e Associazioni sportive dilettantistiche di cui all'articolo 90, comma 17, della l. 289/2002 e successive modificazioni").

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

provincia di _____ il _____, in qualità di legale rappresentante
di _____,

con sede in _____ all'indirizzo _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

che non sono tesserati atleti che risultino aver assunto le sostanze di cui al comma 1 dell'art. 12
della legge regionale n. 33/2006 e che non ne sia stata riscontrata la responsabilità a qualsiasi titolo
dalle autorità competenti.

Luogo e data

_____, _____

Il Legale Rappresentante