Da compilare su carta intestata del soggetto richiedente

CONI - C.R. EMILIA ROMAGNA

Via Trattati Comunitari Europei, 7

40127 BOLOGNA BO

mail: [emiliaromagna@coni.it](mailto:emiliaromagna@coni.it);PEC [emiliaromagna@cert.coni.it](mailto:emiliaromagna@cert.coni.it) ; telefono: 051/551192

**Allegato 1 al Regolamento per l’assegnazione contributi ai Centri CONI -** **Modulo per la domanda di ammissione al contributo relativo al progetto “EDUCAMP 2025”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZIONE A – INFORMAZIONI SOGGETTO RICHIEDENTE** | | | |
| denominazione completa ASD/SSD | |  | |
| codice fiscale/ partita IVA | |  | |
| sede legale | |  | |
| Indirizzo | |  | |
| cap. - città – provincia | |  | |
| Telefono | |  | |
| sito internet | |  | |
| indirizzo posta elettronica | |  | |
| indirizzo p.e.c. | |  | |
| affiliato presso FSN/DSA/EPS | |  | |
| codice affiliazione | |  | |
| data di prima e ultima affiliazione | |  | |
| iscritta al Registro Nazionale delle Associazioni e società sportive dilettantistiche del CONI | |  | |
| IBAN ASD/SSD | |  | |
| **LEGALE RAPPRESENTANTE** | | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| codice fiscale |  | | |
| nato a |  | | |
| Il |  | | |
| Indirizzo email |  | | |
| Telefono |  | | |
|  | | | |
| **SEZIONE B - INFORMAZIONI Al FINI DEI CRITERI Dl CUI ALL'ART. 3 DEL REGOLAMENTO** | | | |
| CRITERI | | |  |
| 1. Partecipazione al progetto “EDUCAMP”   (indicare numero di anni) | | |  |
| 1. Partecipazione agli eventi formativi   (indicare sì o no) | | |  |
| 1. Partecipazione agli eventi promozionali   (indicare sì o no) | | |  |
| 1. Sostegno e supporto della FSN/DSA nazionale/regionale di competenza   (allegare eventuale lettera) | | |  |
| 1. Risultati di rilievo dei propri atleti | | |  |
| 1. Allegare eventuali locandine, foto o altro, contenenti logo CONI/EDUCAMP | | |  |

**Data e firma**