



sportivamente **PIÙ+**

MODULO 2 SPECIFICAMENTE PER IL PUNTO B/2 ALLEGATO AL REGOLAMENTO DI PARTECIPAZIONE - 2024

ANAGRAFICA ASD/SSD

Denominazione
completa associazione

Indirizzo sede sociale

Indirizzo sede operativa
se diverso da quello
della sede sociale

Comune

CAP

Codice Fiscale

Partita Iva

Anno di Costituzione

Numero di iscrizione alla Sezione
CIP del Registro Nazionale
della ASD/SSD

Telefono

E-mail

Legale Rappresentante

Referente ASD/SSD
per eventuali comunicazioni

e-mail

numero di telefono



REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

POSSESSO DEI REQUISITI SOGGETTIVI DI PARTECIPAZIONE	SI	NO
---	----	----

Si ricordano i requisiti di ammissibilità:

- Iscrizione alla sezione CIP (Comitato Italiano Paralimpico) del Registro Nazionale delle ASD/SSD Dilettantistiche e affiliazione ad almeno una Federazione/Ente di promozione riconosciuta dal CIP;
- sede sociale e operativa nella provincia di Padova o di Rovigo;

INTERVENTO AMMESSO

B/2. parziale copertura delle spese sostenute nel corso del 2024 dalle ASD e SSD di nuova costituzione o già costituite e che si affiliano ad una Federazione e/o ad un Ente di Promozione Paralimpica (**comma B** di cui al Punto 4 del Regolamento di partecipazione)

DATI RIFERITI ALL'ATTIVITÀ

Affiliazione per la stagione sportiva 2023/2024 o anno solare 2024 alle seguenti Federazioni / Enti di Promozione riconosciute dal CIP (Comitato italiano Paralimpico):

	Federazione/ Ente di promozione (*)	Disciplina/e paralimpica	Data 1ª affiliazione	Codice Affiliazione	Dichiarazione
1					Allegata alla presente
2					Allegata alla presente
3					Allegata alla presente
4					Allegata alla presente
5					Allegata alla presente

(*) Federazione Paralimpica (FSP/FSNP/DSP/DSAP) oppure Ente di Promozione Paralimpica (non EPSP).

<https://www.comitatoparalimpico.it/organizzazione/organismi-sportivi.html>

Nel caso in cui la Federazione/Ente promuova più discipline paralimpiche, inserire tutto su una riga, inserendo la data di 1ª affiliazione (periodo: 01/01/2024 - 31/12/2024).



Nominativo Legale Rappresentante _____

Nato a _____ il _____

E-mail _____ Tel. _____

Alla presente si allegano:

1. Copia dell'atto costitutivo dal quale si evince la data di costituzione della società (solo per le società costituite nel periodo 01/09/2023 al 31/05/2024);
2. Copia ricevuta registrazione società all'Agenzia delle Entrate (solo per le società costituite nel periodo 01/09/2023 al 31/05/2024);
3. Dichiarazione/i rilasciata/e dalla Federazione/i e/o Ente di promozione (allegato 1).

Firma legale rappresentante

(luogo e data) ___ / ___ / _____



Allegato 1

DICHIARAZIONE RILASCIATA DALLA FEDERAZIONE/ENTE DI PROMOZIONE DI APPARTENENZA

Il sottoscritto _____

Legale rappresentante della Federazione/Ente _____

organismo sportivo riconosciuta dal CIP (Comitato Italiano Paralimpico).

DICHIARA

che la società sportiva denominata _____

con sede nel Comune di _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

E-mail _____ Tel. _____

Codice Affiliazione Federazione/Ente di Promozione: _____

è in regola con l'iscrizione alla "Sezione Pubblica" del Registro Nazionale delle attività sportive dilettantistiche di Sport e Salute S.p.A (<https://registro.sportosalute.eu/#/registro>)

• si è affiliata alla ns. Federazione/Ente di promozione per la prima volta in data _____ (*)
per promuovere la/le seguenti disciplina/e paralimpiche:

1 _____

2 _____

3 _____

• al momento della 1ª affiliazione la società ha tesserato nr. _____ atleti/e con disabilità per la/le
seguenti disciplina/e paralimpiche:

1 _____

2 _____

3 _____

(Luogo, data)

(Timbro e firma federazione/Ente di promozione)

(*) La 1ª affiliazione deve essere avvenuta nel periodo 01/09/2023 al 31/05/2024.