DOMANDA DI CONTRIBUTO [*su carta intestata Asd/Ssd*]

Il/La sottoscritto/a [ ] presidente/legale

rappresentante della […………………………………………… .] codice di affiliazione UISP [……………………………….] con la presente richiede di poter usufruire del contributo a fondo perduto a ristoro delle spese sanitarie, di sanificazione e prevenzione e per l'effettuazione di test di diagnosi dell'infezione da COVID-19, previsto dal DPCM 16 settembre 2021.

Con la presente dichiara:

#### 1. di aver preso visione delle modalità di presentazione indicate nella Circolare UISP N. 37/2021-2022 - FONDO A RISTORO DI SPESE SANITARIE E DI SANIFICAZIONE: MODALITA' DI PRESENTAZIONE ALL'UISP DELLE DOMANDE DI ACCESSO AL CONTRIBUTO

#### 2. di aver preso visione del DPCM 16 settembre 2021;

#### 3. di aver esaminato le categorie dei costi per le quali è previsto il rimborso, i termini e modalità di presentazione della documentazione.

#### 4. di operare nelle seguenti discipline sportive ammesse ai Giochi olimpici e paralimpici: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dichiara altresì sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze delle sanzioni amministrative e/o penali che possono derivare dalla presentazione della dichiarazione dei redditi con dati inesatti, infedeli o mendaci, che le spese allegate alla richiesta sono state effettivamente sostenute dal sodalizio sportivo e che la documentazione presentata è veritiera.

Luogo e data In fede […………………………]

……………………………………

Firma ……………………………….

Sottoscrizione per verifica del Presidente del Comitato Territoriale UISP:

Luogo e data In fede […………………………]

……………………………………

Firma ……………………………….