

ATTENZIONE:
la domanda va presentata allegando
la fotocopia di un documento di
identità del richiedente.

Luogo e data

Spett.le
Comune di Portomaggiore
Servizi Sociali ed Assistenziali
c/o Portoinforma
Piazza Verdi, 22
44015 Portomaggiore Fe

OGGETTO: Richiesta di contributo per progetto di attività

IL SOTTOSCRITTO	TELEFONO	
IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE :		
CON SEDE IN VIA	N°	
LOCALITÀ	CAP	PROVINCIA
TELEFONO	Fax	E-MAIL

CHIEDE LA CONCESSIONE DI UN CONTRIBUTO PER LE SEGUENTI ATTIVITA' :

1.	€
2.	€
3.	€
4.	€

ILLUSTRATE NEL DETTAGLIO NELLE **SCHEDE PROGETTO ATTIVITÀ** DI SEGUITO ALLEGATE. A TAL FINE VI COMUNICHIAMO I SEGUENTI DATI

CODICE FISCALE E/O P. IVA		
BANCA DI APPOGGIO	C/C N° (12 CARATTERI)	
ABI	CAB	CIN
INTESTATO A		
SUL QUALE SI RICHIEDE DI VERSARE IL FINANZIAMENTO		
OPPURE: RIMESSA DIRETTA CON MANDATO NOMINATIVO INTESTATO A		

Vi informiamo inoltre che la nostra Associazione non è iscritta é iscritta
nel registro Provinciale Regionale delle organizzazioni di volontariato nr. _____ del _____ ,
in attuazione dell'art. 4 della L. R. 09 dicembre 2002, n. 34. nella/e seguente/i sezione/i

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza sociale e sanitaria; | <input type="checkbox"/> attività culturali, educative e di formazione; |
| <input type="checkbox"/> attività sportive, ricreative e di tempo libero | <input type="checkbox"/> protezione civile, tutela dell'ambiente e del paesaggio. |

Distinti saluti

Firma Responsabile dell'Associazione

ASSOCIAZIONE :	
SCHEDA PROGETTO ATTIVITA' :	

Descrizione del progetto (se lo spazio è insufficiente aggiungere fogli a questo documento)					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc; text-align: center;">DATA DI REALIZZAZIONE</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				DATA DI REALIZZAZIONE
DATA DI REALIZZAZIONE					
Ambito dell'iniziativa	<input type="checkbox"/> LOCALE <input type="checkbox"/> PROVINCIALE <input type="checkbox"/> REGIONALE <input type="checkbox"/> NAZIONALE <input type="checkbox"/> EUROPEO <input type="checkbox"/> INTERNAZIONALE				
Destinatari	DIRETTI (PARTECIPANTI)	N° PREVISTO	INDIRETTI (PUBBLICO)	N° PREVISTO	
Organizzazione	NOME ASSOCIAZIONE/ENTE	N° VOLONTARI IMPEGNATI	COMPITI		
Richieste/esigenze particolari					

PIANO DELLE USCITE/ENTRATE DEL PROGETTO

SPESE PREVISTE	attività promozionali (inviti, locandine, ecc.)	
	cancelleria	
	spese personale interno	
	assicurazione	
	noleggio/affitto strutture	
	spese di viaggio, vitto, alloggio	
	spese amministrative, materiali didattici	
	SIAE	
TOTALE SPESE PREVISTE		

PIANO DI FINANZIAMENTO	Dalle casse della Organizzazione		
	ENTITÀ DI CONTRIBUTI RICEVUTI DA ALTRI ORGANISMI	DA	
		DA	
		DA	
		DA	
	ENTRATE DALL'ATTIVITÀ (PREVISTE)	DA	
		DA	
		DA	
		DA	
	Contributo richiesto all'Amministrazione Comunale		
TOTALE FINANZIAMENTI			

Data

Firma Responsabile dell'Associazione

Spazio a cura dell'Ammin. Comunale		CONTRIBUTO PREVISTO