

**ALL. A.**

**AI CONI**  
**Comitato Regionale Friuli-Venezia Giulia**  
**Trieste**  
 Pec: [sport.fvg@cert.coni.it](mailto:sport.fvg@cert.coni.it)

**Sportello da 01/04/2026 a 30/06/2026**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

**L.R. 19/2025, ART. 8, commi 67-62**

**Contributo per la revisione periodica dei defibrillatori collocati presso le associazioni e società sportive dilettantistiche affiliate a FSN, DSA e EPS , operanti nel Friuli-Venezia**

| <b>QUADRO A   DATI RICHIEDENTE</b>   |  |
|--------------------------------------|--|
| Denominazione ASD/SSD                |  |
| Codice fiscale                       |  |
| Indirizzo sede operativa ( completo) |  |
| FSN/DSA/EPS di appartenenza          |  |
| Pec ASD/SSD                          |  |
| Telefono ASD/SSD                     |  |
| Mail asd                             |  |

| <b>QUADRO B   DATI LEGALE RAPPRESENTANTE</b> |  |
|--|--|
| Nome e cognome                               |  |
| Codice fiscale                               |  |
| Telefono / cellulare                         |  |

Il sottoscritto, legale rappresentate della ASD/SSD

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo nella misura massima consentita ai sensi delle Leggi regionali in oggetto. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

| <b>Dotazione Defibrillatori ( indicare sede / struttura dove il /i defibrillatori sono collocati)</b> |  |
|---|--|
| Modello /Marca apparecchiatura  | Sede di collocazione del defibrillatore ( indirizzo completo ) |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

| <b>DISCIPLINA/E PRATICATA/E e numero tesserati</b> |              |
|--|--------------|
| <b>Disciplina</b>                                  | n. tesserati |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
| <b>TOTALI tesserati</b>                            |              |

|  | <b>IMPORTO TOTALE</b> |
|--|-----------------------|
| IMPORTO TOTALE DELLE SPESE SOSTENUTE DALLA ASD/SSD PER LA REVISIONE DEI DEFIBRILLATORI (TOTALE ALL. B) | EURO _____            |

**QUADRO C | DICHIARAZIONI****Sezione C1**

In riferimento alla domanda di contributo, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli [75](#) e [76](#) del [decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445](#),

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

- di essere legale rappresentante del soggetto richiedente;
- che il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, è:
  - una ASD o SSD affiliata a FSN-DSA-EPS per l'anno in corso e iscritta al Registro CONI

**Sezione C2**

Il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, dichiara:

- che, per i giustificativi di spesa inseriti nella domanda, non ha ricevuto né riceverà alcun contributo da altri soggetti.
- che, per i giustificativi di spesa inseriti nella domanda, ha ricevuto o riceverà un contributo da altri soggetti per un importo pari a € \_\_\_\_\_

**Sezione C3**

Il soggetto richiedente, come sopra rappresentato, dichiara:

di essere a conoscenza degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 1, commi 125-127, della legge 4 agosto 2017, n. 124, e successive modifiche (Legge annuale per il mercato e la concorrenza) e delle conseguenze ivi previste per il mancato adempimento. Tale obbligo non si applica agli Enti pubblici

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma legale rappresentante<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Qualora alla presente dichiarazione venga apposta firma autografata, allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità.