REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Allegato n. 3 alla Delib.G.R. n. 23/15 del 25.6.2014**

# Richiesta contributo per acquisto di :

☐ Attrezzatura sanitaria per le attività di soccorso

**Oppure**

☐ Attrezzatura strettamente finalizzata alle attività di soccorso (es. divise, scarpe, ecc.)

All'Assessorato Regionale dell'Igiene
e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Via Roma, 223
CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a……nato/a……il…….. Legale Rappresentante dell'Associazione di volontariato ……con sede nel Comune di ……Via……. n°…… CAP……..……. Codice Fiscale…… Tel.……..…… FAX……..

Cell (obbligatorio)……. E.mail……

C H I E D E

a nome e per conto dell'Associazione di volontariato che rappresenta, la concessione di un contributo ai sensi della L.R. n. 11/1988, art. 118, per l'acquisto di:

.....

.....

.....

per le seguenti finalità ……

A tal fine, il sottoscritto Legale Rappresentante dell'Associazione dichiara:

- che l'Associazione è iscritta al n° ……..…data……del Registro Regionale del Volontariato nel **settore sociale - sezione sanità** ☐ **assistenza sociale** ☐;
- di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità previsti dall'art. 3 della L.R. n. 39/1993;
- di utilizzare il bene strumentale, per il quale si chiede il contributo, esclusivamente per le finalità sopra dichiarate per almeno cinque anni dalla data del contratto di acquisto;
- di impegnarsi a non procedere alla alienazione o donazione del bene ammesso al contributo
- di **non avere** beneficiato di contributi regionali negli ultimi **cinque anni** per l'acquisto di beni per il quale si chiede il contributo.

Data_____

Firma del Legale Rappresentante

_____

Allegati:

- Copia del documento identità del Legale Rappresentante
- N. 3 preventivi (i preventivi richiesti devono indicare la stessa tipologia di beni strumentali, le medesime quantità e riportare il costo complessivo, IVA esclusa)