Provincia di Sassari

Distretto n. 1
Ambito PLUS
Anglona-Coros-Figulinas

Comune di Osilo
Ente Capofila

RICHIESTA INSERIMENTO NELLA LISTA DEI CENTRI EROGATORI DI PERCORSI DI RIABILITAZIONE EQUESTRE - DICHIARAZIONE CENTRO -

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)_____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a_____ il_____

in qualità di titolare della Ditta/Centro/Associazione (specificare nel dettaglio)_____
sede legale _____Via_____Prov._____ C.A.P_____
sede operativa _____Via_____Prov._____ C.A.P_____
email_____
recapito telefonico _____ / _____

Consapevole delle sanzioni penali, nei casi di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, e che la falsa dichiarazione comporta la decadenza dai benefici previsti dall'intervento sopra richiamato (art. 75 DPR 445/2000)

D I C H I A R A

1. che il Centro è affiliato alla F.I.S.E. (Federazione Italiana Sport Equestri) dal _____
2. di essere iscritto nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. per i Centri equestri dal_____; Atto costitutivo a norma di legge ed iscrizione al registro regionale del volontariato per le associazioni e fondazioni (lo Statuto deve prevedere l'attività di ippoterapia e/o riabilitazione equestre) dal _____;
3. di essere in possesso dei requisiti della struttura in merito alle previste autorizzazioni di legge per gli impianti immobili;

D I C H I A R A inoltre

4. di avere un Conto Corrente bancario/postale relativo all'attività i cui estremi sono: IBAN_____

5. che nel proprio Centro sono presenti le seguenti figure professionali abilitate alla terapia equestre
(elencare)

DETTAGLIO:

figura professionale_____Nominativo_____

Rapporto con Centro (convenzione/contratto etc).

figura professionale_____Nominativo_____

Rapporto con Centro (convenzione/contratto etc).

figura professionale_____Nominativo_____

Rapporto con Centro (convenzione/contratto etc).

6. essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, assistenziali, assicurativi, ai sensi dell'art. 1, comma 553 della L. 266/05;
7. essere in regola con le autorizzazioni amministrative, sanitarie e edilizie richieste per gestione del maneggio/centro equestre;
8. non avere riportato nei precedenti cinque anni condanne passate in giudicato, o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità Europea che incidono sulla moralità professionale o per delitti finanziari;
9. non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione vigente;

Provincia di Sassari

Distretto n. 1
Ambito PLUS
Anglona-Coros-Figulinas

Comune di Osilo
Ente Capofila

10. **Di aver preso visione e di accetare le condizioni per l'espletamento del servizio, descritte nell'"Allegato A"**
11. **Di aver preso visione delle linee guida, relative al progetto di cui trattasi**

RICHIEDE PERTANTO

Di essere **inserito** nella lista, predisposta dal Plus Anglona-Figulinas, per i Centri di terapia equestre abilitati per il **Progetto Obiettivo ITALIA FRANCIA "Marittimo 2007-2013" - Progetto IPPOtyrr II – Azione 3.1.3 " Investimenti immateriali a favore delle famiglie".**"Rete di Strutture e Servizi di Riabilitazione Equestre finalizzati ad accrescere la qualità della vita della popolazione".

Che gli emolumenti del progetto vengano accreditati nel conto corrente dedicato aperto presso la Banca di_____ Via_____ con IBAN _____.

_____
(data)

(Timbro aziendale e firma del legale rappresentante)*

_____

***Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è valida se accompagnata da copia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.**