

	Amministrazione destinataria Comune di Rosà  Ufficio destinatario Ufficio Tributi	
---	---	--

## Domanda di utilizzo di impianti sportivi comunali per stagione sportiva

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia					
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
tipologia di associazione											
Tipologia											
<input type="radio"/>	iscritto al seguente ente di promozione sportivo										
	Descrizione										
<input type="radio"/>	affiliato alla federazione sportiva										
	Descrizione										
<input type="radio"/>	associazione senza scopo di lucro non iscritta a nessun ente di promozione										
<input type="radio"/>	altro (specificare)										
Numero totale di associati		Di cui residenti in Rosà		Di cui under 18		Di cui over 65		Portatori di handicap			

## CHIEDE

l'utilizzo dell'impianto sportivo per la stagione sportiva

Impianto	
In data	Orario

periodo			
Periodo	Orario	Allenamento	Campionato
<input type="checkbox"/> Lunedì		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Martedì		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercoledì		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Giovedì		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Venerdì		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sabato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Domenica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	certificati di abilitazione all'uso del defibrillatore
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Rosà		
Luogo	Data	Il dichiarante