



REGIONE PIEMONTE

PROVINCIA DI VERCELLI

COMUNE DI CIGLIANO

<http://www.cigliano.net/>

E-Mail: comune@cigliano.net

FORMULARIO PER IL CONTRIBUTO ANNUALE

RICHIESTA DI CONTRIBUTO E/O PATROCINIO COMUNALE

- **Richiesta di contributo e/o patrocinio**
- **Rendiconto**

Indicare la tipologia della domanda

PATROCINIO

CONTRIBUTO

DATI ENTE RICHIEDENTE

Da compilare nel caso di associazione o istituto/ente pubblico

Ragione sociale:
Indirizzo:
Recapito telefonico:
E-mail:
Legale rappresentante:
Presidente:
Vice Presidente:
Segretario:
Revisore dei conti:

Componenti organo direttivo:

DATI ENTE RICHIEDENTE

Da compilare nel caso di privati

Nome e Cognome:
Indirizzo:
Recapito telefonico: E-mail
Codice fiscale:
Età:

PROGRAMMA DELLE INIZIATIVE/PROGETTI DI CUI SI CHIEDE IL CONTRIBUTO

Denominazione	Programma Allegato (SI/NO)	Durata gg	Date indicative	Breve descrizione	Uso strutture comunali (indicare giorni e date)

Nota:

Qualora occorranza più pagine per la descrizione dettagliata dell'iniziativa si prega di fotocopiare il seguente foglio
indicando il numero progressivo di pagina

PAGINA

SETTORE DI INTERVENTO

Indicare il proprio settore di appartenenza

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Scuole o Istituti statali | <input type="radio"/> Associazione culturali ricreative |
| <input type="radio"/> Associazioni socio sanitarie | <input type="radio"/> Associazione educativo formative |
| <input type="radio"/> Privati | <input type="radio"/> Associazioni sportive |
| <input type="radio"/> Enti Pubblici | <input type="radio"/> Altro (specificare.....) |

SEZIONE SCUOLE o ISTITUTI STATALI

Allegato documento con finalità educativo formative e collocazione nell'ambito del territorio SI NO

Allegato copia del POF SI NO

REFERENTE

Nome
Cognome
Indirizzo
Recapito telefonico
E-mail

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

- Mandato di pagamento da incassarsi presso la Tesoreria Comunale UNICREDIT BANCA S.p.a. - Filiale di Cigliano (nominativo della persona autorizzata all'incasso _____ C.F. _____)
- Accredito su c/c bancario (c/c n. _____ Banca _____ - Agenzia di _____ ABI _____ CAB _____ IBAN _____ intestato a _____)
- Accredito su c/c Banco Posta (c/c n. _____ - Agenzia di _____ ABI _____ CAB _____ IBAN _____ intestato a _____)

Il sottoscritto dichiara che i dati forniti nel presente formulario sono completi e veritieri e dichiara, altresì, di non agire in regime d'impresa.

Autorizza inoltre l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dalla Legge 196/2003 e ss.mm.ii., esclusivamente per le necessarie finalità istituzionali.

Cigliano li

**FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
dell'Associazione e/o Ente**

ALLEGATI

- Se si ritiene opportuno inserire eventuali allegati per illustrare più dettagliatamente le attività previste nelle varie iniziative.