



Da trasmettere via PEC all'indirizzo: protocollo@pec.comune.sassari.it

Domanda di ammissione ai contributi per la sterilizzazione dei gatti appartenenti alle colonie feline censite nel territorio del Comune di Sassari

Il/La sottoscritto/a
(COGNOME E NOME)
in qualità di Legale Rappresentante o Responsabile di Colonia Felina riconosciuta dal Comune di Sassari:

.....
(DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE)

Barrare la tipologia:

Associazione di tutela degli animali di affezione iscritta nel Registro generale di volontariato previsto dalla legge regionale 13 settembre 1993, n. 39

Associazione di promozione sociale che in ambito regionale svolge attività di tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo, iscritta al Registro nazionale di cui agli articoli 7 e 8 della legge 7 dicembre 2000, n. 383 o al Registro regionale delle associazioni di promozione sociale istituito con la legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23

con sede in Via n.....
tel/cell.....e-mail PEC

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

la concessione del contributo per n. gatti femmina, per l'importo di

€ _____ (_____)
(IMPORTO IN CIFRE E IN LETTERE)

Il pagamento della somma sopra indicata da accreditare sul conto dell'Ente beneficiario alle coordinate IBAN:

--	--	--	--

BANCA/POSTA AGENZIA/FILIALE DI

DICHIARA

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

- di non aver subito alcuna condanna passata in giudicato, in relazione all'attività dell'associazione medesima;
- di essere a conoscenza delle clausole contenute nell'Avviso pubblico e di accettarle in tutte le loro parti;
- di essere a conoscenza che le informazioni comunicate a questa Amministrazione saranno trattate nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 e dal GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richieste;
- di prestare, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento;

Allega alla presente fotocopia del documento d'identità non scaduto del legale rappresentante.

Data _____

(FIRMA LEGGIBILE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)