

**Amministrazione destinataria**

Comune di Alleghe

Ufficio destinatario

Area Tecnica

Domanda di rilascio della concessione per l'utilizzo della palestra comunale di Caprile**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale								Tipologia		
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata				
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero Iscrizione				

 affiliata alla federazione o ente

Denominazione										
Codice fiscale					Partita IVA					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

Indirizzo di posta elettronica										
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

il rilascio della concessione per l'utilizzo della palestra comunale di Caprile

per il seguente periodo

Periodo singolo o multiplo

periodo singolo o multiplo

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza giornaliera

ogni giorno

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza settimanale

ogni settimana

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza mensile

ogni mese

Lun

Mar

Mer

Gio

Ven

Sab

Dom

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza (ad esempio "ogni 15 del mese")

ogni del mese

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza (ad esempio "ogni primo lunedì del mese")

ogni del mese

Altro periodo

altro periodo

Descrizione

CHIEDE INOLTRE

l'emissione della fattura per il pagamento

l'applicazione dell'agevolazione economia

Tipologia

- esenzione per le manifestazioni sportive o extra sportive organizzate direttamente dai comuni di Alleghe, Rocca Pietore, Colle Santa Lucia e Selva di Cadore
- esenzione per le manifestazioni sportive o extra sportive organizzate da enti del terzo settore e associazioni di volontariato quali protezione civile, croce verde, soccorso alpino, vigili del fuoco, associazione nazionale alpini, pro loco per eventi attinenti alle loro finalità
- agevolazione del 50 % di sconto sul totale, per manifestazioni sportive o extra sportive patrocinate dai comuni sopra citati
- l'agevolazione del 50% di sconto sul totale per gruppi o associazioni senza scopo di lucro con sede sociale nei comuni di Alleghe, Colle Santa Lucia, Selva di Cadore e Rocca Pietore

l'utilizzo dei seguenti servizi

Tipologia

spogliatoi

Numero

riscaldamento dei locali

acqua calda per eventuali docce

altro (specificare)

la modifica dei turni chiesti in precedenza con nota del

Data

Nuovi turni

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

la cancellazione dei turni precedentemente chiesti per il seguente periodo (*)

Da

A

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipologia di utilizzo

la disponibilità degli spazi nei turni chiesti anche se ricadenti nei giorni festivi

() la domanda di modifica di date e orari deve essere comunicata almeno sette giorni prima dell'utilizzo, altrimenti verrà comunque addebitata la turnazione già autorizzata in caso di modifiche tardive*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di garantire

il corretto uso della struttura e dei beni in essa contenuti

il risarcimento al Comune di Alleghe degli eventuali danni arrecati alla struttura o agli impianti nel corso del loro utilizzo

la presenza a ogni sessione di attività di un proprio associato in possesso di valido attestato o patentino di abilitazione all'uso di defibrillatore, il quale ha preso visione della posizione del dispositivo stesso nello stabile

di sollevare il Comune di Alleghe da ogni responsabilità che dovesse derivare a persone o cose a seguito dell'attività svolta all'interno del Palaghiaccio

di versare, entro i termini comunicati dal Comune di Alleghe, il corrispettivo per l'utilizzo dell'impianto sportivo in questione

di accettare e rispettare le disposizioni per l'uso della struttura come da regolamento comunale approvato

che sarà presente ad ogni sessione di attività un proprio associato in possesso di valido attestato o patentino di abilitazione all'uso di defibrillatore, il quale ha preso visione della posizione del dispositivo stesso nello stabile

COMUNICA

il nominativo del responsabile delle attività

primo responsabile

Cognome

Nome

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

secondo responsabile

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

terzo responsabile

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia della dichiarazione di utilizzo del defibrillatore

copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

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.

Alleghe

Luogo

Data

il dichiarante