Spett.le

*Fondazione Cassa di Risparmio di Trieste*

Via Cassa di Risparmio, 10

34121 Trieste (TS)

**RICHIESTA “BANDO PULMINI 2017”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | DATI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Denominazione del soggetto richiedente e dati fiscali** |
|  |  |  |
|  |  | **Denominazione** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **Codice fiscale** |  | **Partita iva** |  | **Data costituzione** |  | **Data inizio attività** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Sede legale** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Indirizzo** | **Cap** | **Località** | **Prov.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Telefono** | **E-Mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Fax** | **Sito Web** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Sede Operativa *(se diversa dalla sede legale)*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Indirizzo** | **Cap** | **Località** | **Prov.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Telefono** | **E-Mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Fax** | **Sito Web** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Legale rappresentante** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Titolo** |  | **Cognome** |  | **Nome** |  | **Ruolo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Telefono** |  | **Fax** |  | **E-Mail** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Incaricato della richiesta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Titolo** |  | **Cognome** |  | **Nome** |  | **Ruolo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Telefono** |  | **Fax** |  | **E-Mail** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  **Forma giuridica del soggetto richiedente**precisare **Comune**  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Ente pubblico** |  |  |  | **Ente privato** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Amministrazioni centrali |  |  |  |  | Associazione Riconosciuta |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Ente locale |  |  |  |  | Associazione non riconosciuta  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Altri enti pubblici |  |  |  |  | Fondazione |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Scuole e università pubbliche |  |  |  |  | Comitato Riconosciuto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Enti e aziende sanitarie e ospedaliere |  |  |  |  | Comitato non riconosciuto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Altro *(specificare)* |  |  |  |  | Ente ecclesiastico |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Cooperativa sociale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Altre cooperative *(specificare)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Impresa sociale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ass. Sportiva Dilettantistica |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ONLUS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Associazione di promozione sociale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Società Sportiva Dilettantistica a RL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Altro *(specificare)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Se il soggetto è giuridicamente riconosciuto, indicare gli estremi** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Estremi del riconoscimento |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Finalità del soggetto richiedente e attività ordinariamente svolte** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Descrizione |

|  |  |
| --- | --- |
|  | DESCRIZIONE DEL SERVIZIO OFFERTO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Ambito territoriale prevalente dell’iniziativa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Provinciale |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Interprovinciale |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Regionale |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Sovra-regionale |  |  |
|  |  |   |  |  |
|  |  | Nazionale |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Descrizione delle finalità e modalità di utilizzo dell’automezzo (art. 4 Bando)** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Descrivere il servizio che verrà offerto, specificando le motivazioni a fronte delle quali viene chiesto l’automezzo, gli obiettivi, i beneficiari, le tempistiche e le modalità di utilizzo (stima mensile del numero degli utenti, dei viaggi, dei chilometri di percorrenza, territorio di pertinenza ecc.)  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Tipologia dell’automezzo richiesto (art. 2 Bando)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1. automezzo di medie dimensioni (pulmino 9 posti), senza specifici allestimenti e destinato prevalentemente al trasporto di sole persone e cose
 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 1. automezzo di medie dimensioni (pulmino 9 posti), senza specifici allestimenti, destinato al trasporto di persone e cose nonché al traino di rimorchi
 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 1. automezzo di medie dimensioni (pulmino 9 posti), attrezzato per il trasporto di persone con disabilità in carrozzina (in questo caso andranno specificate le caratteristiche dell’allestimento richiesto)
 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 1. automezzo di medie dimensioni (autovettura furgonata) attrezzata per il trasporto di n. 1 carrozzina per persone con disabilità
 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Risultati attesi** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Descrivere |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Evidenziare eventuali indicatori utili per determinareil livello di raggiungimento degli obiettivi *(massimo 10 righe)*** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Inserire indicatori |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Altri elementi che il richiedente ritiene utili ai fini della valutazione della richiesta** |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Ulteriori elementi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**  |

* Copia dell’atto costitutivo dell’Ente *(solo per la prima richiesta e salvo modifiche successive)*
* Copia dello statuto *(solo per la prima richiesta e salvo modifiche successive)*
* Copia degli ultimi 2 bilanci
* Consenso al trattamento dei dati personali

**Si dichiara di aver preso visione del Bando pulmini 2017 e del Regolamento attività istituzionale della Fondazione CRTrieste e di accettarne i contenuti.**

|  |  |
| --- | --- |
| Data e luogo |  |
| Firma del legale rappresentante |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Informativa per l’attività erogativa della Fondazione** |





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Consenso al trattamento dei dati personali** |



|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione del soggetto richiedente |  |