

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'UTILIZZO DEGLI SPAZI DEL CENTRO SOCIALE
ANNO SOCIALE 2026/2027**

Il/la sottoscritto/a

*Nome**

*Cognome**

*Codice fiscale**

*nato/a il**

*a**

*provincia**

in qualità di rappresentante legale di

*Ragione Sociale**

P.IVA

*Codice Fiscale**

*con sede in**

*comune di**

*provincia**

*PEC**

*email**

*tel.**

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.

CHIEDE

L'utilizzo oneroso esclusivo dei seguenti spazi:

☐ Palestra (max 20 posti) ☐ Sala Conferenze (max 99 posti) ☐ Salletta Ritrovo (max 30 posti)

Periodo richiesto: Dal //____ al //____

Giorno/i richiesto/i: ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Domenica

Orario di inizio _____ Orario di fine _____

(Si ricorda che l'orario deve essere indicato all'ora esatta o alla mezz'ora. Possono essere proposti anche orari differenti da quelli indicati in avviso. In questo caso sarà discrezione dell'amministrazione valutare l'eventuale disponibilità).

ATTIVITÀ PROPOSTA

Titolo dell'attività

Descrizione dettagliata dell'attività

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ

Indicare la categoria prevalente:

☐ Attività rivolta al benessere psicofisico ☐ Attività ludico-ricreativa ☐ Attività innovativa non presente sul territorio ☐ Attività culturale ☐ Attività formativa

☐ Altra attività (specificare) _____

TARGET DEI DESTINATARI

☐ Over 65 ☐ Famiglie ☐ Adulti ☐ Giovani (18-35 anni) ☐ Minori ☐ Persone con disabilità

☐ Altro _____

Numero indicativo partecipanti: _____

MODALITÀ DI ACCESSO

- ☐ Accesso libero e gratuito
- ☐ Attività a pagamento con agevolazioni per over 65
- ☐ Attività a pagamento con agevolazioni per residenti nel Comune di Salò
- ☐ Attività a pagamento con agevolazioni per over 65 e residenti
- ☐ Attività a pagamento senza agevolazioni

Quota di partecipazione prevista: € _____

Descrizione delle eventuali agevolazioni:

DURATA DELL'ATTIVITÀ

- ☐ Attività continuativa da ottobre 2026 a maggio 2027
- ☐ Attività continuativa per almeno 3 mesi
- ☐ Attività continuativa per meno di 3 mesi
- ☐ Attività occasionale

AGEVOLAZIONI APPLICABILI (SOLO PER ATTIVITÀ IN PALESTRA)

- ☐ Associazione iscritta all'Albo Comunale
- ☐ Attività rivolta prevalentemente a over 65 (almeno il 50% + 1 degli iscritti effettivi)
- ☐ Attività con sconto di almeno il 15% per residenti nel Comune di Salò

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- ☐ di aver preso visione del Regolamento Generale per il Funzionamento del Centro Sociale;
- ☐ di accettare le tariffe approvate dal Comune di Salò;
- ☐ di essere consapevole che la presentazione della presente manifestazione di interesse non costituisce assegnazione automatica degli spazi;
- ☐ di impegnarsi a rispettare gli orari e le modalità di utilizzo che saranno eventualmente assegnati;
- ☐ di accettare che il Comune possa richiedere la sospensione temporanea dell'attività per esigenze istituzionali, con preavviso di almeno 8 giorni;
- ☐ di essere in possesso delle coperture assicurative necessarie previste dalla deliberazione comunale;
- ☐ di impegnarsi a trasmettere copia delle polizze assicurative prima dell'eventuale concessione degli spazi.

POLIZZE ASSICURATIVE

Polizza RCT Compagnia _____ N. Polizza _____

Scadenza _____

Polizza Infortuni Compagnia _____ N. Polizza _____

Scadenza _____

Altra polizza eventualmente posseduta: _____

Referente amministrativo

Telefono _____

E-mail _____

Altri dati

☐ Associazione iscritta al RUNTS

☐ Associazione non iscritta al RUNTS

☐ Ente del Terzo Settore

☐ Società

☐ Libero professionista

☐ Altro _____

ALLEGATI

☐ Copia documento di identità del legale rappresentante

☐ Statuto/atto costitutivo (se adottato)

☐ Copia polizze assicurative

☐ Autocertificazione assolvimento imposta bollo

☐ Altro _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante
