

Scheda Monitoraggio/Richiesta Contributo Attività CASP

Presupposto per ricevere il contributo annuale da parte del CIP è il tesseramento/adesione di almeno 6 nuove persone in un anno (anno di riferimento). Dopo due anni senza 6 nuovi aderenti l'associazione perderà il riconoscimento come CASP.

Data _____

Denominazione CASP

Con sede nel Comune di(Provincia)

Indirizzo N° CAP

Telefono/..... Fax/..... Cell./.....

E-mail Sito Internet

Nome Presidente

Nome del Direttore del CASP (se diverso dal Presidente)

Codice IBAN del CASP

Codice Fiscale o Partita IVA del CASP.....

A ciascun CASP, con almeno 6 nuovi aderenti nell'anno di riferimento, verrà riconosciuto quanto segue:

- ✓ Per i CASP monodisciplinari un contributo fisso annuo pari a € 500,00 qualora nell'anno di riferimento risultino almeno 6 nuovi iscritti appartenenti a qualsiasi tipologia di disabilità, che abbiano praticato attività continuativa per almeno 6 mesi secondo le modalità di cui al precedente punto;
- ✓ Per i CASP pluridisciplinari che promuovono fino a 3 discipline sportive paralimpiche, un contributo fisso annuo pari a € 800,00 se, nell'anno di riferimento, risultino almeno 6 nuovi iscritti appartenenti a qualsiasi tipologia di disabilità, che abbiano praticato attività continuativa per almeno 6 mesi, nell'anno, secondo le modalità di cui al precedente punto;
- ✓ Per i CASP che promuovono oltre 3 discipline sportive paralimpiche un contributo fisso annuo pari a € 1.000,00 se, nell'anno di riferimento, risultino almeno 6 nuovi iscritti appartenenti a qualsiasi tipologia di disabilità, che abbiano praticato attività continuativa per almeno 6 mesi secondo le modalità minime di cui al precedente punto;
- ✓ E' previsto un ulteriore contributo di € 100,00 annuali per ogni nuovo atleta aderente appartenente alle tipologie HF e/o NV fino ad un massimo di € 600,00 annue.
- ✓ Contributo una tantum di € 50,00 per ogni aderente che, dopo la fase di avviamento, si tesseri per svolgere attività sportiva paralimpica ufficiale;
- ✓ Contributo una tantum pari a € 150,00 per ogni atleta avviato che, tesserato presso un'associazione sportiva affiliata a FSP, FSNP, DSP, DSAP partecipi ad una gara nazionale nell'arco di due anni dalla conclusione dell'avviamento;
- ✓ Contributo una tantum di € 500,00 per ogni atleta tesserato presso una FSP, FSNP, DSP, DSAP che venga convocato in una qualsiasi rappresentativa nazionale di FSP, FSNP, DSP, DSAP, nell'arco di 4 anni dalla conclusione dell'avviamento.

Si allega:

- relazione dell'attività svolta dal _____ fino al 31/12/.....

- Elenco 6 nuovi atleti tesserati per il CASP nell'anno di riferimento:

(I nominativi devono corrispondere a quelli precedentemente indicati nei moduli di convenzionamento inviati al CIP nell'anno di riferimento, incluse le successive integrazioni)

Cognome e nome	nato il	disabilità	tesserato al CASP	sport praticati
1 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
2 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
3 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
4 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
5 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
6 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____

- per ognuno dei 6 atleti sopra riportati, allegare il cronoprogramma dell'attività svolta nell'anno di riferimento. Nel cronoprogramma deve risultare un'attività di almeno 6 mesi nel corso dell'anno, con 2 incontri a settimana.

SI RICHIEDE

il contributo annuo forfetario per aver tesserato almeno 6 nuove persone nell'anno di riferimento (barrare la casella interessata risultante dal modulo di adesione precedentemente inviato al CIP)

- di € 500,00 in quanto CASP monodisciplinare per la Disciplina Sportiva _____
- di € 800,00 in quanto CASP che promuove attività fino a tre Discipline Sportive e precisamente: 1) _____
2) _____ 3) _____
- di € 1.000,00 in quanto CASP che promuove attività oltre a tre Discipline Sportive e precisamente:
1) _____ 2) _____ 3) _____
4) _____ 5) _____ 6) _____
7) _____ 8) _____ 9) _____

SI RICHIEDE

Contributo annuo di € _____ per n. _____ nuovi atleti aderenti nell'anno di riferimento e appartenenti alle **tipologie HF e/o NV** (€ 100,00 ad atleta di queste tipologie di disabilità fino ad un massimo di € 600,00 annue)

- Allegare (vedi fac-simile a fine scheda) elenco di atleti appartenente alle **tipologie HF e/o NV**.

(I nominativi devono corrispondere a quelli precedentemente indicati nel modulo di adesione inviato al CIP nello stesso anno).

SI RICHIEDE

Contributo una tantum di € _____ per n. _____ aderenti nell'anno di riferimento che si sono **tesserati presso una società sportiva** per svolgere attività sportiva paralimpica ufficiale (€ 50,00 ad atleta). Questo contributo si riferisce agli atleti aderenti nell'anno di riferimento che, **finita la fase di avviamento**, vengono tesserati presso la FSP/DSP che svolge la disciplina per cui l'aderente ha terminato l'avviamento. (Anche attraverso la stessa società purchè affiliata alla FSP/DSP)

- Allegare (vedi fac-simile a fine scheda) elenco di atleti **tesserati presso una società sportiva** per svolgere attività sportiva.

(I nominativi devono corrispondere a quelli precedentemente indicati nel modulo di adesione inviato al CIP nello stesso anno).

SI RICHIEDE

Contributo una tantum di € _____ per n. _____ atleti tesserati presso una società sportiva affiliata a FSP e DSP **che partecipi ad una gara nazionale** nell'arco di due anni (€ 150,00 ad atleta).

- Allegare (vedi fac-simile a fine scheda) elenco di atleti tesserati presso una società sportiva che hanno partecipato ad una gara Nazionale.

- Allegare convocazione o altro documento idoneo a dimostrare la partecipazione.

(I nominativi devono corrispondere a quelli precedentemente indicati nel modulo di adesione inviato al CIP nello stesso anno).

SI RICHIEDE

contributo una tantum di € _____ per n. _____ atleti tesserati presso una *FSP, FSNP, DSP, DSAP* che vengano **convocati in una qualsiasi rappresentativa nazionale** di *FSP, FSNP, DSP, DSAP*, nell'arco di 4 anni dal primo tesseramento

(€ 500,00 ad atleta);

- Allegare (vedi fac-simile a fine scheda) elenco di atleti tesserati presso una *FSP, FSNP, DSP, DSAP* che venga convocato in una qualsiasi rappresentativa nazionale di *FSP, FSNP, DSP, DSAP*, nell'arco di 4 anni dalla conclusione dell'avviamento.

(I nominativi devono corrispondere a quelli precedentemente indicati nel modulo di adesione inviato al CIP nello stesso anno)

TOTALE CONTRIBUTI RICHIESTI € _____

Il Sottoscritto dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero e che il CASP svolge esclusivamente attività di mero avviamento allo sport e/o la pratica ludico sportiva. Dichiaro altresì di essere in possesso del regolare certificato di sana e robusta costituzione di tutti gli aderenti.

li _____

(Firma leggibile del Presidente)

Sezione a cura dell' Organo Territoriale di appartenenza (CR)

Il **Comitato Regionale**, in merito alla scheda di monitoraggio presentata dal

CASP....., **esprime parere:**

- Favorevole**
- Sfavorevole** (da motivare):

.....

.....

.....

E conferma di aver preso visione della **relazione** prodotta dal CASP sull'andamento dell'attività.

PARTE RISERVATA ALL'ORGANO REGIONALE CIP COMPETENTE		
DATA	timbro	ORGANO REGIONALE

DATA ARRIVO

Prot. N.

FAC – SIMILE

ELENCO nuovi atleti aderenti appartenenti alle tipologie HF e/o NV

Cognome e nome	nato il	disabilità	tesserato al CASP	sport praticati
1 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
2 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
3 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
4 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
5 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
6 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
7 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
8 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
9 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
10 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
11 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____
12 _____	_____	_____	dal _____ al _____	_____

Il Sottoscritto dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

li _____

(Firma leggibile del Presidente)

FAC – SIMILE

ELENCO atleti **tesserati presso una società sportiva** per svolgere attività sportiva paralimpica ufficiale

Cognome e nome	nato il	disabilità	tesserato	presso Società Sportiva (Federazione)
1 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
2 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
3 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
4 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
5 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
6 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
7 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
8 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
9 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
10 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
11 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
12 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)

Il Sottoscritto dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

li _____

(Firma leggibile del Presidente)

FAC – SIMILE

ELENCO atleti **tesserati presso una società sportiva** affiliata a FSP e DSP **partecipanti ad una gara nazionale** nell'arco di due anni dal primo tesseramento CASP.

Cognome e nome	nato il	disabilità	tesserato	presso Società Sportiva (Federazione)
1 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				
2 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				
3 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				
4 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				
5 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				
6 _____	_____	_____	il _____	_____ (_____)
Ha partecipato alla gara nazionale _____ il _____				

Il Sottoscritto dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

li _____

(Firma leggibile del Presidente)

FAC – SIMILE

ELENCO atleti **tesserati presso una FSP, FSNP, DSP, DSAP convocati in una qualsiasi rappresentativa nazionale** di FSP, FSNP, DSP, DSAP, nell'arco di 4 anni dal primo tesseramento CASP.

1 - Cognome e nome _____	nato il _____	disabilità _____	tesserato presso la Società Sportiva _____	Affiliata a _____
È stato convocato nella nazionale di _____ il _____				
per partecipare a _____				
2 - Cognome e nome _____	nato il _____	disabilità _____	tesserato presso la Società Sportiva _____	Affiliata a _____
È stato convocato nella nazionale di _____ il _____				
per partecipare a _____				
3 - Cognome e nome _____	nato il _____	disabilità _____	tesserato presso la Società Sportiva _____	Affiliata a _____
È stato convocato nella nazionale di _____ il _____				
per partecipare a _____				

Il Sottoscritto dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

li _____

(Firma leggibile del Presidente)