

**MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 201 /201 - ANNO 201**

Cod. Fenalc	Denominazione Associazione	(1) Tipo di Associazione <b>ANR</b> <b>ASR</b> <b>SOC</b>		<input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE
<input type="checkbox"/> <b>Gestione Anno Solare (01/01/1 – 31/12/1 )</b> <input type="checkbox"/> <b>Gestione Anno Sportivo (01/09/1 – 31/08/1 )</b>		<input type="checkbox"/> <b>A.S.D. (C.F e statuto Adeguato art. 90 L.289)</b> <input type="checkbox"/> <b>Registrata Registro Coni N _____</b> <input type="checkbox"/> <b>Promozione sociale o altro</b>		
Con sede in:		Via	CAP	
Prov.	Tel. o Cellulare	Fax	e-mail	
C.F. o P.IVA (obbligatorio)		Affiliata alle Federazioni sportive e/o discipline associate al CONI		
<input type="checkbox"/> POLISPORTIVA N. _____ Discipline praticate _____		<input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA		
IMPIANTO SPORTIVO UTILIZZATO (obbligatorio)		" Indirizzo _____ Comune _____		

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

n. tessera	Cognome Nome	data di nascita	Qualifica (2)	Tel.
Indirizzo		CAP	Comune	Prov. C.F.
n. tessera	Cognome Nome	data di nascita	Qualifica (2)	Tel.
Indirizzo		CAP	Comune	Prov. C.F.
n. tessera	Cognome Nome	data di nascita	Qualifica (2)	Tel.
Indirizzo		CAP	Comune	Prov. C.F.
n. tessera	Cognome Nome	data di nascita	Qualifica (2)	Tel.
Indirizzo		CAP	Comune	Prov. C.F.
n. tessera	Cognome Nome	data di nascita	Qualifica (2)	Tel.
Indirizzo		CAP	Comune	Prov. C.F.

1) Tipo di Associazione: ANR Associazione non riconosciuta – ASR Associazione riconosciuta – SOC Società di capitali e società cooperativa    2) Qualifiche: DP presidente – DVP vice presidente – DS segretario – DT tesoriere - DTE direttore tecnico – DC consigliere

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, chiede l'affiliazione alla Fenalc e dichiara di accettare lo statuto, il regolamento, le normative del CONI e tutte le normative emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dalla Fenalc che porterà a conoscenza di tutti gli associati. Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno sottoscritto il modulo di adesione a socio e hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 riportata sul retro (o allegata) della domanda di adesione a socio, letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere.

**Il Sottoscritto Presidente autorizza la Fenalc ad effettuare per proprio conto l'iscrizione al Registro presso il Coni dell' Assoc.**

<input type="checkbox"/> <b>Comunica la pw.per la iscrizione al Registro presso il Coni N.....</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autorizza la Fenalc a richiedere la PW al Coni per l'iscrizione nel registro Coni – Allegare D.Identità – La pw. sarà comunicata all'associaz.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Provvede direttamente all'iscrizione presso il Registro Coni dell'ASD e si impegna a comunicare entro 20 giorni il numero di iscrizione pena la revoca dell'affiliazione o riaffiliazione</b>

Barrare la casella che interessa -Si allegano atto costitutivo e statuto conformi alle vigenti leggi, verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio direttivo - Documento di identità del Presidente o, in caso di impedimento, del V.Presidente da utilizzare per iscrizione registro Coni. Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

..... li ..... **Firma del Presidente Associazione**

Centro Provinciale o Comunale di _____ Alla Fenalc <b>Parere favorevole per l'affiliazione o riaffiliazione:</b> rilasciato in data _____ Il Presidente Provinciale _____
---

La presente domanda è stata invitata in data odierna al Centro Regionale
--

La Fenalc accetta l'affiliazione o riaffiliazione Roma _____ Il Presidente Nazionale Alberto SPelda
--