



www.fenalc.it info@fenalc.it

Mod.Fenalc.1

Via del Plebiscito, 112 – 00186 Roma - 06.67.87.621 – fax 06.67.94.385 – 346.75.15.568

MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 201 /201 - ANNO 201

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--------|---|
| Cod. Fenalc | Denominazione Associazione | (1) Tipo di Associazione ANR ASR SOC | | <input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE |
| <input type="checkbox"/> Gestione Anno Solare (01/01/1 – 31/12/1) | | <input type="checkbox"/> A.S.D. (C.F e statuto Adeguato art. 90 L.289) | | |
| <input type="checkbox"/> Gestione Anno Sportivo (01/09/1 – 31/08/1) | | <input type="checkbox"/> Registrata Registro Coni N_____ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Promozione sociale o altro | | |
| 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 o chi per Essa ad effettuare per proprio conto l'iscrizione al Registro presso il Coni dell' Assoc.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Comunica la pw.per la iscrizione al Registro presso il Coni N..... |
| <input type="checkbox"/> Autorizza la Fenalc o chi per Essa a richiedere la PW al Coni per l'iscrizione nel registro Coni – Allegare D.Identità – La pw. sarà comunicata all'associaz. |
| <input type="checkbox"/> 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 |

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 **Timbro e Firma del Presidente dell'Associazione**

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

| |
|---|
| La fenalc accetta l'affiliazione o riaffiliazione Roma _____ Il Presidente Nazionale |
|---|