



MODULO RICHIESTA AFFILIAZIONE
ADESIONE RETE ASSOCIATIVA TERZO SETTORE
Anno 2024 codice

1
Mod



ASSOCIAZIONE ASD/SSD ALTRA SOCIETA' CIRCOLO
 APS ODV IMPRESA/COOPERATIVA SOCIALE ENTI FILANTROPICI
 RETI ASSOCIATIVE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO ALTRI ETS

Ragione Sociale:

Sede Legale: Indirizzo.....N°..... Città: Cap: Pr:.....

Tel: Email: Cod, Fisc/ P. IVA.....

Consiglio Direttivo - Legale Rappresentante:

Nome..... Cognome..... Nato il.....

Nato a: Pr: Cod, Fisc

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Tel./Cell. Email:

Vice-Presidente: Nome..... Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Consigliere: Nome.....Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Periodo di tesseramento 365 giorni 01.01/31.12

Attività Praticate

Attività/Finalità statutarie.....

Utilizza Impianti Comunali

RICHIESTA NULLA OSTA SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO NAZIONALE DEL CONI

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS)

GIA' ISCRITTA REGISTRO APS/ODV: REGIONALE NAZIONALE

Data di Costituzione: Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi dell'Art. 90

Tipologia: ANR(senza personalità giuridica) ASR(con personalità giuridica) SOC(Soc. di capitali e Cooperative)

● Registrato all'Ag. delle Entrate di: Comune: Pr: Num: Data:

● Atto Pubblico: Nome Notaio Cognome Notaio

Distretto Notaio Num, Rep. Notarile Num. Reg. Persone Giuridiche.....

Visto Ente Affiliante

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE

INFORMATIVA Art. 13 Regolamento UE 16/679: Vi informiamo che i Vs. dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy esclusivamente per gli scopi previsti dal rapporto contrattuale con noi instaurato. La legge indica i Vs. diritti all'art.7. "Dichiaro sotto la mia responsabilità che gli atleti sopra elencati hanno consegnato in Società il certificato medico previsto dalla normativa sanitaria vigente". Dichiaro inoltre che tutti gli associati hanno altresì conoscenza dello Statuto e del Regolamento Organico nonché delle Norme Organizzative la vita dell'Ente, che accettano senza riserve. Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento all'UFI così come descritto sul sito istituzionale folclorica.it e di aver debitamente informato i tesserati inclusi nel presente elenco. Sono a conoscenza della norma per cui le denunce di sinistro devono essere inoltrate secondo quanto disciplinato dalla polizza e sul sito www.asinazionale.it. Autorizzo l'UFI alla divulgazione per soli fini istituzionali, dei dati inerenti la società/circolo ricreativo e gli associati, impegnandomi a richiedere pari autorizzazione agli stessi (GDPR UE16/679). Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento all'ASI così come descritto sul sito www.asinazionale.it