



DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE A.S.D.

copia per la FPICB

| IL PRESIDENTE COGNOME NOME RAGIONE SOCIALE ANNO DI COSTITUZIONE | <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE NON RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> SOCIETA' DI CAPITALI E SOCIETA' COOPERATIVA | RISERVATO ALLA F.P.I.C.B. <table border="1"> <tr> <th colspan="5">CODICE ASD</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <th colspan="5">RIAFFILIAZIONE</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | CODICE ASD | | | | | | | | | | RIAFFILIAZIONE | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE ASD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIAFFILIAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANNO AFFILIAZIONE **2019** PARTITA IVA CODICE FISCALE

SVOLGE ATTIVITA' SPORTIVE PER DISABILITA' FISICA ALTRO

SEDE LEGALE

COMUNE (PROV.....) CAP

INDIRIZZO..... N

TEL FAX SKYPE

CELL..... TIM VODAFONE TRE WIND POSTEMOBILE ALTRO

E-MAIL

SITO INTERNET

INDIRIZZO POSTALE (solo se si desidera ricevere la corrispondenza ad un indirizzo diverso dalla sede legale)

COMUNE (PROV.....) CAP

INDIRIZZO..... N

RIFERIMENTI PER CONTATTI URGENTI

1. NOMINATIVO TEL CELL

2. NOMINATIVO TEL CELL

3. NOMINATIVO TEL CELL

CHIEDE

che la suddetta Società / Associazione, di seguito denominata ASD, possa affiliarsi alla FPICB per l'anno sportivo su indicato e di poter svolgere attività sportive per disabili.

DICHIARA

- 1) di accettare lo Statuto e i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dalla FPICB;
- 2) che la società non ha scopo di lucro e che gli eventuali utili saranno interamente reinvestiti nell'attività sportiva;
- 3) di versare la tassa di affiliazione annuale;
- 4) di ospitare almeno un tavolo omologato FPICB per la formazione dei tesserati Amatori, Agonisti e Paralimpici;
- 5) di esporre il logo della FPICB riportante la dicitura "ASD AFFILIATA FPICB".
- 6) che il Consiglio Direttivo della ASD, democraticamente eletto dall'Assemblea dei Soci, risulta composto come indicato nella pagina seguente;
- 7) che si impegna a comunicare eventuali variazioni del Consiglio Direttivo, dei Consiglieri e dei vari Collegi, inviando copia del Verbale dell'Assemblea alla FPICB a mezzo raccomandata o email.

FPICB - FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA

| CONSIGLIO DIRETTIVO | |
|------------------------------|------------------------|
| IL SUDETTO PRESIDENTE | |
| COMUNE DI RESIDENZA..... | (PROV.....) CAP |
| INDIRIZZO..... | N |
| TEL | CELL SKYPE |
| E-MAIL..... | |
| IL VICE PRESIDENTE | |
| COGNOME | NOME |
| COMUNE DI RESIDENZA..... | (PROV.....) CAP |
| INDIRIZZO..... | N |
| TEL | CELL SKYPE |
| E-MAIL..... | |
| IL SEGRETARIO | |
| COGNOME | NOME |
| COMUNE DI RESIDENZA..... | (PROV.....) CAP |
| INDIRIZZO..... | N |
| TEL | CELL SKYPE |
| E-MAIL..... | |

| CONSIGLIERI | |
|----------------|--------------------|
| Cognome e nome | Indirizzo completo |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Luogo Data

[TIMBRO]

.....
(firma leggibile e per esteso del Presidente)

| PARTE RISERVATA ALL'ORGANO PROVINCIALE COMPETENTE (OVE PRESENTE) | | | |
|--|--------------------|-------------|---------------|
| ORGANO PROVINCIALE | DATA PRESA VISIONE | DATA ARRIVO | N. PROTOCOLLO |
| [TIMBRO e FIRMA] | | | |

| PARTE RISERVATA ALL'ORGANO REGIONALE COMPETENTE (OVE PRESENTE) | | | |
|--|--------------------|-------------|---------------|
| ORGANO REGIONALE | DATA PRESA VISIONE | DATA ARRIVO | N. PROTOCOLLO |
| [TIMBRO e FIRMA] | | | |

copia per la FPICB

FPICB - FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA

TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Generale UE 2016/679, tutti i dati conferiti con il presente modulo e che siano inerenti a persone fisiche sono trattati nei modi e nei termini di cui al predetto Regolamento Europeo, la cui relativa informativa è resa pubblica e consultabile sul sito istituzionale Federale (www.fpicb.it).

RICONOSCIMENTO DELL'ASD

Per il riconoscimento come ASD Affiliata alla FPICB, si richiede che l'ASD rispetti per tutto il periodo di affiliazione tutti i punti esposti nella sezione "DICHARA". Per tutto il periodo di affiliazione l'ASD sarà pubblicizzata sul sito internet della FPICB all'indirizzo www.fpicb.it all'interno delle sezioni dedicate alle ASD.

TASSA ANNUALE

La tassa annuale per l'anno sportivo 2019 comprende le tessere Dirigenti della ASD.

copia per la FPICB

(pagina bianca)



DOMANDA DI AFFILIAZIONE A.S.D.

copia per la ASD

| IL PRESIDENTE COGNOME NOME RAGIONE SOCIALE ANNO DI COSTITUZIONE | RISERVATO ALLA F.P.I.C.B. <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="5">CODICE ASD</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <th colspan="5">RIAFFILIAZIONE</th> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 20px;"></td> </tr> </table> | CODICE ASD | | | | | | | | | | RIAFFILIAZIONE | | | | | | | | | |
|--|---|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE ASD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIAFFILIAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE NON RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> SOCIETA' DI CAPITALI E SOCIETA' COOPERATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANNO AFFILIAZIONE **2019** PARTITA IVA CODICE FISCALE

SVOLGE ATTIVITA' SPORTIVE PER DISABILITA' FISICA ALTRO

SEDE LEGALE

COMUNE (PROV.....) CAP

INDIRIZZO..... N

TEL FAX SKYPE

CELL..... TIM VODAFONE TRE WIND POSTEMOBILE ALTRO

E-MAIL

SITO INTERNET

INDIRIZZO POSTALE (solo se si desidera ricevere la corrispondenza ad un indirizzo diverso dalla sede legale)

COMUNE (PROV.....) CAP

INDIRIZZO..... N

RIFERIMENTI PER CONTATTI URGENTI

1. NOMINATIVO TEL CELL

2. NOMINATIVO TEL CELL

3. NOMINATIVO TEL CELL

CHIEDE

che la suddetta Società / Associazione, di seguito denominata ASD, possa affiliarsi alla FPICB per l'anno sportivo su indicato e di poter svolgere attività sportive per disabili

DICHIARA

- 1) di accettare lo Statuto e i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dalla FPICB;
- 2) che la società non ha scopo di lucro e che gli eventuali utili saranno interamente reinvestiti nell'attività sportiva;
- 3) di versare la tassa di affiliazione annuale;
- 4) di ospitare almeno un tavolo omologato FPICB per la formazione dei tesserati Amatori, Agonisti e Paralimpici;
- 5) di esporre il logo della FPICB riportante la dicitura "ASD AFFILIATA FPICB".
- 6) che il Consiglio Direttivo della ASD, democraticamente eletto dall'Assemblea dei Soci, risulta composto come indicato nella pagina seguente;
- 7) che si impegna a comunicare eventuali variazioni del Consiglio Direttivo, dei Consiglieri e dei vari Collegi, inviando copia del Verbale dell'Assemblea alla FPICB a mezzo raccomandata o email.

FPICB - FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA

| CONSIGLIO DIRETTIVO | |
|--|--|
| IL SUDETTO PRESIDENTE | |
| COMUNE DI RESIDENZA..... (PROV.....) CAP | |
| INDIRIZZO..... N | |
| TEL CELL SKYPE | |
| E-MAIL..... | |
| IL VICE PRESIDENTE | |
| COGNOME NOME | |
| COMUNE DI RESIDENZA..... (PROV.....) CAP | |
| INDIRIZZO..... N | |
| TEL CELL SKYPE | |
| E-MAIL..... | |
| IL SEGRETARIO | |
| COGNOME NOME | |
| COMUNE DI RESIDENZA..... (PROV.....) CAP | |
| INDIRIZZO..... N | |
| TEL CELL SKYPE | |
| E-MAIL..... | |

| CONSIGLIERI | |
|----------------|--------------------|
| Cognome e nome | Indirizzo completo |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Luogo Data

[TIMBRO]

.....
(firma leggibile e per esteso del Presidente)

| PARTE RISERVATA ALL'ORGANO PROVINCIALE COMPETENTE (OVE PRESENTE) | | | |
|--|--------------------|-------------|---------------|
| ORGANO PROVINCIALE | DATA PRESA VISIONE | DATA ARRIVO | N. PROTOCOLLO |
| [TIMBRO e FIRMA] | | | |

| PARTE RISERVATA ALL'ORGANO REGIONALE COMPETENTE | | | |
|---|--------------------|-------------|---------------|
| ORGANO REGIONALE | DATA PRESA VISIONE | DATA ARRIVO | N. PROTOCOLLO |
| [TIMBRO e FIRMA] | | | |

copia per la ASD

FPICB - FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA

TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Generale UE 2016/679, tutti i dati conferiti con il presente modulo e che siano inerenti a persone fisiche sono trattati nei modi e nei termini di cui al predetto Regolamento Europeo, la cui relativa informativa è resa pubblica e consultabile sul sito istituzionale Federale (www.fpicb.it).

RICONOSCIMENTO DELL'ASD

Per il riconoscimento come ASD Affiliata alla FPICB, si richiede che l'ASD rispetti per tutto il periodo di affiliazione tutti i punti esposti nella sezione "DICHARA". Per tutto il periodo di affiliazione l'ASD sarà pubblicizzata sul sito internet della FPICB all'indirizzo www.fpicb.it all'interno delle sezioni dedicate alle ASD.

TASSA ANNUALE

La tassa annuale per l'anno sportivo 2019 comprende le tessere Dirigenti della ASD.

copia per la ASD

(pagina bianca)