

DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE A.S.D.

copia per la FPICB

IL PRESIDENTE		RISERVATO ALLA F.P.I.C.B.																	
COGNOME	NOME	<table border="1"> <tr> <td colspan="4">CODICE ASD</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">RIAFFILIAZIONE</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> </td> </tr> </table>		CODICE ASD								RIAFFILIAZIONE							
CODICE ASD																			
RIAFFILIAZIONE																			
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																		

ANNO AFFILIAZIONE **2021** 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 affidarsi 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.

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

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 2021 comprende le tessere Dirigenti della ASD.

copia per la FPICB

(pagina bianca)

copia per la FPICB

DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE A.S.D.

copia per la ASD

IL PRESIDENTE		RISERVATO ALLA F.P.I.C.B.	
COGNOME NOME		CODICE ASD	
RAGIONE SOCIALE		RIAFFILIAZIONE	
ANNO DI COSTITUZIONE	<input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE NON RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> SOCIETA' DI CAPITALI E SOCIETA' COOPERATIVA		

ANNO AFFILIAZIONE **2021** 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.

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

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.fpibc.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.fpibc.it all'interno delle sezioni dedicate alle ASD.

TASSA ANNUALE

La tassa annuale per l'anno sportivo 2021 comprende le tessere Dirigenti della ASD.

copia per la ASD

(pagina bianca)

copia per la ASD