

Codice Affiliazione ASI (Se già affiliato in caso di rinnovo) .....

☐ ASSOCIAZIONE A.S.D./S.S.D.

☐ ALTRA ASSOCIAZIONE

☐ ALTRA SOCIETÀ

**Ragione Sociale:**

.....

Sede Legale: Indirizzo ..... N° .....

Città ..... CAP ..... Pr. ....

Telefono ..... E-mail .....

Codice Fiscale Associazione / P.IVA Società .....

**Consiglio Direttivo**

**Presidente / Legale Rappresentante:**

Nome ..... Cognome ..... Nato/a il .....

Nato/a a ..... Pr. .... Cod. Fisc. ....

Residenza: Indirizzo ..... N° ..... Città .....

CAP ..... Pr. .... Tel. .... E-mail .....

**Vice Presidente**

Nome ..... Cognome ..... Nato/a il .....

Nato/a a ..... Pr. .... Cod. Fisc. ....

Residenza: Indirizzo ..... N° ..... Città .....

CAP ..... Pr. .... Tel. .... E-mail .....

**Consigliere/Segretario**

Nome ..... Cognome ..... Nato/a il .....

Nato/a a ..... Pr. .... Cod. Fisc. ....

Residenza: Indirizzo ..... N° ..... Città .....

CAP ..... Pr. .... Tel. .... E-mail .....

**N.B.: Il periodo di tesseramento assegnato è 365 giorni.**

**Attività Praticate:**

.....

.....

Attività / Finalità Statutarie: .....

Utilizza Impianti Comunali ☐ Si: ..... ☐ No

- ☐ Richiesta nulla osta somministrazione alimenti precotti e bevande (allegare modulo di richiesta e relativo pagamento)
- ☐ Aderisce ad ASI tramite il *Settore Fitness & Wellness*
- ☐ Richiesta iscrizione registro nazionale del CONI

Data di costituzione ..... Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi dell'art. 90 .....

- 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 .....

**DICHIARA**

di aver preso atto delle clausole che regolano la presente associazione e di volersi associare ad ASI tramite il *Settore Fitness & Wellness* come Centro.

**DICHIARA**

inoltre di aver eseguito il **pagamento della quota associativa pari ad €50,00** per l'anno **2022** comprensiva di affiliazione ad ente di promozione sportiva e iscrizione al registro CONI, se ne ricorrono i requisiti, a mezzo:

**Bonifico Bancario intestato a Fispal A.S.D.**

**Banca CRE.VAL, Filiale di Via Sestese 100 Firenze Ag.3**

**IBAN: IT 51 J 05216 02803 0000 0000 9544**

**Specificando nella causale: Affiliazione Centro 2022 (nome del Centro e ragione sociale).**

**VERRÀ ACCETTATO UN SINGOLO PAGAMENTO PER OGNI SINGOLA AFFILIAZIONE.**

**N.B.:** Il presente Modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello ben leggibile, timbrato e firmato.

La scansione in formato \*.PDF del presente Modulo deve essere trasmesso IN UNA UNICA E-MAIL a [info@asifitnesswellness.it](mailto:info@asifitnesswellness.it) insieme alla seguente documentazione (non necessaria in caso di rinnovo affiliativo e qualora non ci siano state variazioni nell'ultimo anno documentate da verbali registrati):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia dell'originale dello <b>Statuto</b>                   | <input type="checkbox"/> Copia di un <b>Documento di Identità</b> fronte/retro in corso di validità del Presidente/Legale Rappresentante |
| <input type="checkbox"/> Copia dell'originale dell' <b>Atto Costitutivo</b>          | <input type="checkbox"/> Certificato di Attribuzione di <b>Codice Fiscale/P.IVA</b>  |
| <input type="checkbox"/> Copia dell'originale di eventuali <b>Verbali registrati</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ricevuta del pagamento</b> della quota associativa   |

La lavorazione della pratica di affiliazione viene eseguita solo a ricezione completa di tutti i documenti richiesti.

Qualora la documentazione pervenisse incompleta, la procedura non potrà essere ultimata nei tempi previsti e non potrà essere rilasciata la qualifica di Centro Affiliato ASI.

Visto Ente Affiliante ASI

Data

Firma e timbro

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'ASI così come descritto sul sito istituzionale [www.asinazionale.it](http://www.asinazionale.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](http://www.asinazionale.it). Autorizzo l'ASI 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](http://www.asinazionale.it)