

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.

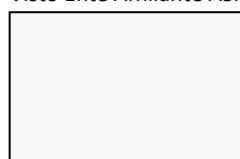
La scansione in formato *.PDF del presente Modulo deve essere trasmesso IN UNA UNICA E-MAIL a info@asifitnesswellness.it insieme alla seguente documentazione (non necessaria in caso di rinnovo affiliativo e qualora non ci siano state variazioni nell'ultimo anno documentate da verbali registrati):

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