

IL SOTTOSCRITTO																								
Sezione 1	Cognome				Nome				Sesso	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	Data di Nascita		/		/		Luogo di nascita				
	PV di nascita			Codice Fiscale				Residenza				N.			Comune									
	PV di Residenza			Cap				Tel				Cell				e-mail								
	Consapevole della responsabilità penale prevista dall'art.76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, DICHIARA quanto segue in merito all'ASD/SSD:																							
IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE:													<input type="checkbox"/>	Prima affiliazione			<input type="checkbox"/>	Rinnovo affiliazione						
Denominazione										Acronimo														
Sezione 2	In caso di rinnovo:										<input type="checkbox"/>	Si confermano i dati dichiarati con la precedente richiesta										<input type="checkbox"/>	Sono stati modificati i seguenti dati	
Sezione 3	Codice Fiscale				P. IVA				Sez. Polisportiva	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO											
	E' costituita come: (barrare la casella corretta)		<input type="checkbox"/>	Ass. Sport. SENZA personalità giuridica	<input type="checkbox"/>	Ass. Sport. CON personalità giuridica	e	<input type="checkbox"/>	SSD a Responsabilità Limitata	<input type="checkbox"/>	Società di Capitali e Soc. Coop	<input type="checkbox"/>	Società Cooperazione Sportiva											
	SEDE LEGALE (da compilare solo se NUOVA AFFILIAZIONE o se intercorse modifiche dalla dichiarazione precedente)																							
	VIA - Piazza				N.				Cap				Comune			PV								
	Tel				e-mail				PEC															
	Dati Atto Costitutivo e Statuto (da compilare solo se NUOVA AFFILIAZIONE o se intercorse modifiche dalla dichiarazione precedente)																							
	Tipo forma costituzione (barrare la casella corretta)		<input type="checkbox"/>	Scrittura privata registrata	<input type="checkbox"/>	Scrittura privata	<input type="checkbox"/>	Scritt. privata autenticata	<input type="checkbox"/>	Atto pubblico	Data Costituz.													
	Ufficio Agenzia delle Entrate di				Estremi registrazione																			
	Nel caso di gruppo dirigente DIFFERENTE da quello inviato con la richiesta di affiliazione o suo rinnovo precedente, E' FATTO OBBLIGO all'ASD/SSD di inoltrare alla Segreteria Federale copia del verbale (ed eventuale certificato di modifica presso l'AdE territoriale competente) delle modifiche apportate																							
	In caso di Modifica del CF o P.IVA , E' FATTO OBBLIGO all'ASD/SSD di inoltrare alla Segreteria Federale copia del certificato di modifica presso l'AdE territoriale competente																							
In caso di Nuova affiliazione o di modifica del Legale rappresentante E' FATTO OBBLIGO all'ASD/SSD di inoltrare alla scrivente segreteria copia di un documento d'identità in corso di validità. Tipo _____ N. _____ rilasciato da _____ il _____																								
Sezione 4	Attività Praticate con la FIPT			<input type="checkbox"/>	Open	<input type="checkbox"/>	Muro	<input type="checkbox"/>	Indoor	<input type="checkbox"/>	Tambeach													

Componenti Consiglio Direttivo da tesserare					
Cognome e Nome	M/F	Data e Luogo di nascita	CF	e-mail	Tel.
Presidente					
Vice Presidente					
Consigliere					
Consigliere					
Consigliere					
Altro.....					
Altro.....					
Altro.....					

Sezione 5

Dichiara inoltre che i propri amministratori **NON** ricoprono qualsiasi carica dirigenziale in altre ASD/SSD affiliate FIPT.

Luogo		Data		Timbro e Firma Legale Rapp. ASD/SSD	
-------	--	------	--	---	--

Dati Impianti (da compilare facoltativamente):								
Sezione 6	Impianto #1	Nome		Regione		Comune		
		Cap		Indirizzo		N.		Prov
	Impianto #2	Nome		Regione		Comune		
		Cap		Indirizzo		N.		Prov

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:					
SI	Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa a tutela della privacy (ex art. 13 del D.Lgs. 196/ 2003 ed ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679) - presta alla FIPT il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell’informativa pubblicata sul sito internet www.federtamburello.it .				
NO					
Luogo		Data		Timbro e Firma Legale Rapp. ASD/SSD	
ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI AFFILIAZIONE:					
	Il Sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti FIPT, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito www.federtamburello.it – a comunicare tutte le variazioni delle cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall’ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore.				
	Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000, di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone ed atleti di cui chiede il tesseramento, per le quali - in relazione all’attività svolta - vige l’obbligo di Legge;				
	si impegna a comunicare tempestivamente alla FIPT eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone.				
Luogo		Data		Timbro e Firma Legale Rapp. ASD/SSD	
Da compilarsi a cura del Comitato o Delegato Regionale o Provinciale	COMITATO O DELEGATO REGIONALE F.I.P.T. di		Questo Comitato, esaminata la presente domanda, esprime parere favorevole all'accettazione di essa da parte della Presidenza Federale		
	Luogo		Data		Timbro e Firma
Da compilarsi a cura della Presidenza Federale	Presidenza Nazionale FIPT di Roma		Questa Presidenza ha accettato la presente domanda		
	Luogo		Data		Timbro e Firma