FEDERAZIONE ITALIANA PALLA TAMBURELLO

Modulo
Richiesta affiliazione Società
Anno sportivo 2027

Sezione 1

IL SOTTOSCRITTO

Cognome		Nome		Sesso	M		F		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: ☐ Prima affiliazione ☐ Rinnovo affiliazione

Denominazione		Acronimo	

Sezione 2

In caso di rinnovo: ☐ Si confermano i dati dichiarati con la precedente richiesta ☐ Sono stati modificati i seguenti dati

Sezione 3

Codice Fiscale		P. IVA		Sez. Polisportiva		SI	NO

E' costituita come: (barrare la casella corretta)	☐	Ass. Sport. **SENZA** personalità giuridica	e	☐	SSD a Responsabilità Limitata	☐ Società di Capitali e Soc. Coop
	☐	Ass. Sport. **CON** personalità giuridica		☐	Ente terzo settore	☐ 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)	☐	Scrittura privata registrata	☐	Scrittura privata	☐	Scritt. privata autenticata	☐	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 ☐ Open ☐ Muro ☐ Indoor ☐ Tambeach

Sezione 5

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.....					

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	

Sezione 6

Dati Impianti (da compilare facoltativamente):									
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 / NO	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.				
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