

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																													

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	
-------	--	------	--	---	--

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

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	