



**MODULO RICHIESTA AFFILIAZIONE**

**ADESIONE RETE ASSOCIATIVA**

Associazioni Sportive e Sociali Italiane

**1**  
**Mod**  
**TS**

**Anno ..... codice .....**

APS  ASSOCIAZIONE ASD-APS  ALTRA ASSOCIAZIONE/CIRCOLO

ODV  IMPRESA/COOPERATIVA SOCIALE  ENTI FILANTROPICI

RETE ASSOCIATIVA  SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO  ALTRI ETS

Ragione Sociale: .....

Sede Legale: Indirizzo.....N°..... Città: ..... Cap: ..... Pr:.....

Tel: ..... Email: .....Cod, Fisc/ P. IVA.....

**Consiglio Direttivo: Si prega indicare TUTTI i componenti del C.D. come da Atto Costitutivo o ultimo verbale di nomina. Qualora gli spazi a disposizione su questo modulo non dovessero essere sufficienti, inserire TUTTI i nominativi sul sistema Tesseramento ASI Nazionale**

**Legale Rappresentante (Presidente o Amministratore Unico):**

Nome..... Cognome..... Nato il.....

Nato a: ..... Pr: ..... Cod, Fisc .....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

Tel./Cell. .... Email: .....

**Vice-Presidente:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Segretario/Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il..... Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il..... Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il..... Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome..... Cognome.....

Nato il..... Nato a: ..... Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

Indicare periodo di tesseramento preferito:    365 giorni     01.01/31.12     01.09/31.08

**Attività Praticate** .....

Attività/Finalità statutarie .....

Utilizza Impianti Comunali .....

RICHIESTA NULLA OSTA SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO NAZIONALE DELLE ATTIVITA' SPORTIVE DILETTANTISTICHE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS)

GIA' ISCRITTA REGISTRO APS/ODV:    REGIONALE     NAZIONALE

Data di Costituzione: ..... Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi del codice del Terzo Settore: .....

● 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 .....

Visto Ente Affiliante

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE