

**DOMANDA DI PRIMA AFFILIAZIONE ALLA F.I.B. ATTIVITA' PARALIMPICA  
PER LA STAGIONE AGONISTICA 20.....**

Il sottoscritto in qualità di Presidente Legale Rappresentante della:

**Società sportiva** .....  
(indicare la denominazione per esteso)

<b>Anno di fondazione</b>	<b>Codice affiliazione società</b> (riservato alla F.I.B.)
---------------------------	--

**Forma giuridica societaria** (barrare con una X):     **ANR**                       **ASR**                       **SOC**

ANR - ASSOCIAZIONE NON RICONOSCIUTA; ASR - ASSOCIAZIONE RICONOSCIUTA; SOC - SOCIETA' DI CAPITALI E SOCIETA' COOPERATIVA

<b>Partita IVA</b>	<b>Codice Fiscale</b>
--------------------	-----------------------

Con sede legale nel Comune di ..... (Provincia .....)

Indirizzo ..... N° ..... CAP .....

Telefono ...../..... Fax ...../..... Cell. ....../.....

E-mail ..... Sito Internet .....

INDIRIZZO CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA (se diverso da quello della sede legale)

.....

.....

CHIAMATE URGENTI: Telefono ...../..... Fax ...../..... Cell. ....../.....

<p align="center"><b>CHIEDE</b></p> <p>l'affiliazione alla F.I.B. per la stagione sportiva 20..... e di poter svolgere attività sportiva per disabili e <b>DICHIARA:</b></p> <p>1) di accettare lo Statuto e i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dalla F.I.B.;</p> <p>2) ai sensi dell'art. 26 Dlgs 196/03 recante "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", di aver preso conoscenza dell'informativa relativa alle modalità di trattamento dei dati personali da parte degli Uffici della Federazione di cui all'art. 23 dello stesso Dlgs e di conferire alla suddetta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili nell'ambito delle finalità e con modalità ivi indicate;</p> <p>3)-che la società non ha scopo di lucro e che gli eventuali utili saranno interamente reinvestiti nell'attività sportiva;</p> <p>4)-che il Consiglio Direttivo della Società Sportiva, democraticamente eletto dall'Assemblea dei Soci, <b>risulta così composto:</b></p>	<p><b>DISABILITA':</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>FISICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>D.I.R.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>BOCCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SORDI</b></p> <p>RISERVATO ALLA F.I.B.</p> <p>DATA DI PRIMA AFFILIAZIONE</p> <p>.....</p>
---	---

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

PRESIDENTE: Sig. ....

Comune di residenza ..... (Provincia .....) CAP .....

Indirizzo..... n. ....

Telefono ...../..... Fax ...../..... Cell ...../.....

VICE PRESIDENTE: Sig. ....

Comune di residenza .....(Provincia .....) CAP .....

Indirizzo..... n. .... Tel. ..../.....

SEGRETARIO - CONSIGLIERE: Sig. ....

Comune di residenza .....(Provincia .....) CAP .....

Indirizzo..... n. .... Tel. ..../.....

**CONSIGLIERI**

Cognome e nome	Indirizzo completo
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**COLLEGIO DEI SINDACI** (indicare solo nome e cognome) **COLLEGIO DEI PROBIVIRI**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Data .....

timbro

IL PRESIDENTE DELLA SOCIETA'

**PARTE RISERVATA ALL'ORGANO PROVINCIALE COMPETENTE (OVE PRESENTE)**

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_ timbro \_\_\_\_\_

ORGANO PROVINCIALE

DATA ARRIVO .....

Prot. N. ....

**PARTE RISERVATA ALL'ORGANO REGIONALE COMPETENTE**

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_ timbro \_\_\_\_\_

ORGANO REGIONALE

DATA ARRIVO .....

Prot. N. ....