



**Ente Nazionale di Promozione Sportiva**  
(Riconosciuto dal CONI ai sensi del D. Lgs. n. 242/1999)  
**Ente Nazionale con Finalità Assistenziali**  
(Riconosciuto Ministero Interni decreto n. 559/C5730/12000/A)  
**Associazione Nazionale di Promozione Sociale**  
(Iscritta al Registro Nazionale n. 44 ai sensi Legge n. 283/2000)

**Comitato Provinciale di**  
di .....



# DOMANDA DI AFFILIAZIONE

**Anno**

COD.

- PRIMA AFFILIAZIONE  
 RIAFFILIAZIONE

Barrare la voce di identificazione  **Associazione Sportiva**  **Circolo**  **Somministrazione**

DENOMINAZIONE			
INDIRIZZO		C.A.P.	COMUNE
PROV.	TELEFONO	FAX	CELLULARE
C.F./P. IVA		ANNO DI COSTITUZIONE	E-MAIL

## CONSIGLIO DIRETTIVO DEL SODALIZIO

QUALIFICHE: P/Presidente - VP/Vice presidente - S/Segretario - T/Tesoriere - C/Consigliere - DT/Direttore Tecnico - AS/Addetto Stampa - M/Medico Sociale

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.

Si allegano: Statuto e Atto Costitutivo (solo se trattasi di prima affiliazione o di modifica dello Statuto)

Informazioni sul Sodalizio (barrare le caselle o inserire discipline)			
<input type="checkbox"/> AFFILIATA SOLO ACSI <input type="checkbox"/> AFFILIATA ALLE FEDERAZIONI CONI O ENTI QUALI _____	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CONTINUATIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CULTURALE <input type="checkbox"/> RICREATIVA
<b>DISCIPLINE E/O ATTIVITÀ PRATICATE</b>			

*Il sottoscritto Presidente in attuazione della deliberazione del Consiglio Direttivo, visto lo Statuto e i regolamenti dell'ACSI, che si impegna ad accettare ed a perseguirne gli scopi sociali, chiede l'affiliazione all'ACSI. Dichiaro inoltre che gli atleti tesserati sono stati sottoposti agli accertamenti sanitari previsti dalle vigenti normative di legge con esito positivo e che la relativa certificazione è conservata agli atti della società. La società esonera espressamente l'ACSI da qualsiasi responsabilità in relazione all'effettuazione delle visite mediche e conservazione della certificazione. Si dichiara, inoltre che il sodalizio è a conoscenza della convenzione assicurativa stipulato dall'ACSI con primaria compagnia per la copertura degli infortuni degli atleti. - Le condizioni delle polizze sono state portate a conoscenza di tutti gli associati. **Trattamento dei dati** - In relazione all'utilizzazione dei dati degli associati ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, si dichiara di essere a conoscenza che il loro trattamento avverrà nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali dell'ACSI. I dati relativi agli associati sono conservati presso le sedi dell'Associazione.*

DATA .....

FIRMA .....

Documento di riconoscimento del Presidente (o di chi ne fa le veci) tipo ..... n. .... del .....

**Il Comitato ACSI di** ..... **ha esaminato la presente domanda ed ha deliberato accettando la richiesta di affiliazione**

**Compilare a macchina o stampatello in ogni sua parte.**

**Il Presidente Provinciale ACSI**

COPIA PER LA DIREZIONE



**Ente Nazionale di Promozione Sportiva**  
(Riconosciuto dal CONI ai sensi del D. Lgs. n. 242/1999)  
**Ente Nazionale con Finalità Assistenziali**  
(Riconosciuto Ministero Interni decreto n. 559/C5730/12000/A)  
**Associazione Nazionale di Promozione Sociale**  
(Iscritta al Registro Nazionale n. 44 ai sensi Legge n. 283/2000)

**Comitato Provinciale di**  
di .....



# DOMANDA DI AFFILIAZIONE

COD. \_\_\_\_\_

- PRIMA AFFILIAZIONE  
 RIAFFILIAZIONE

**Anno** \_\_\_\_\_

Barrare la voce di identificazione  **Associazione Sportiva**  **Circolo**  **Somministrazione**

DENOMINAZIONE			
INDIRIZZO		C.A.P.	COMUNE
PROV.	TELEFONO	FAX	CELLULARE
C.F./P. IVA		ANNO DI COSTITUZIONE	E-MAIL

## CONSIGLIO DIRETTIVO DEL SODALIZIO

QUALIFICHE: P/Presidente - VP/Vice presidente - S/Segretario - T/Tesoriere - C/Consigliere - DT/Direttore Tecnico - AS/Addetto Stampa - M/Medico Sociale

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.

Si allegano: Statuto e Atto Costitutivo (solo se trattasi di prima affiliazione o di modifica dello Statuto)

Informazioni sul Sodalizio (barrare le caselle o inserire discipline)			
<input type="checkbox"/> AFFILIATA SOLO ACSI <input type="checkbox"/> AFFILIATA ALLE FEDERAZIONI CONI O ENTI QUALI _____	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CONTINUATIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CULTURALE <input type="checkbox"/> RICREATIVA
<b>DISCIPLINE E/O ATTIVITÀ PRATICATE</b>			

*Il sottoscritto Presidente in attuazione della deliberazione del Consiglio Direttivo, visto lo Statuto e i regolamenti dell'ACSI, che si impegna ad accettare ed a perseguirne gli scopi sociali, chiede l'affiliazione all'ACSI. Dichiaro inoltre che gli atleti tesserati sono stati sottoposti agli accertamenti sanitari previsti dalle vigenti normative di legge con esito positivo e che la relativa certificazione è conservata agli atti della società. La società esonera espressamente l'ACSI da qualsiasi responsabilità in relazione all'effettuazione delle visite mediche e conservazione della certificazione. Si dichiara, inoltre che il sodalizio è a conoscenza della convenzione assicurativa stipulata dall'ACSI con primaria compagnia per la copertura degli infortuni degli atleti. - Le condizioni delle polizze sono state portate a conoscenza di tutti gli associati. **Trattamento dei dati** - In relazione all'utilizzazione dei dati degli associati ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, si dichiara di essere a conoscenza che il loro trattamento avverrà nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali dell'ACSI. I dati relativi agli associati sono conservati presso le sedi dell'Associazione.*

DATA .....

FIRMA .....

Documento di riconoscimento del Presidente (o di chi ne fa le veci) tipo ..... n. .... del .....

**Il Comitato ACSI** di ..... ha esaminato la presente domanda ed ha deliberato accettando la richiesta di affiliazione

**Compilare a macchina o stampatello in ogni sua parte.**

**Il Presidente Provinciale ACSI**

COPIA PER IL COMITATO PROVINCIALE



**Ente Nazionale di Promozione Sportiva**  
(Riconosciuto dal CONI ai sensi del D. Lgs. n. 242/1999)  
**Ente Nazionale con Finalità Assistenziali**  
(Riconosciuto Ministero Interni decreto n. 559/C5730/12000/A)  
**Associazione Nazionale di Promozione Sociale**  
(Iscritta al Registro Nazionale n. 44 ai sensi Legge n. 283/2000)

**Comitato Provinciale di**  
di .....



# DOMANDA DI AFFILIAZIONE

COD. \_\_\_\_\_

- PRIMA AFFILIAZIONE  
 RIAFFILIAZIONE

**Anno** \_\_\_\_\_

Barrare la voce di identificazione  **Associazione Sportiva**  **Circolo**  **Somministrazione**

DENOMINAZIONE			
INDIRIZZO		C.A.P.	COMUNE
PROV.	TELEFONO	FAX	CELLULARE
C.F./P. IVA		ANNO DI COSTITUZIONE	E-MAIL

## CONSIGLIO DIRETTIVO DEL SODALIZIO

QUALIFICHE: P/Presidente - VP/Vice presidente - S/Segretario - T/Tesoriere - C/Consigliere - DT/Direttore Tecnico - AS/Addetto Stampa - M/Medico Sociale

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	TELEFONO
INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.

Si allegano: Statuto e Atto Costitutivo (solo se trattasi di prima affiliazione o di modifica dello Statuto)

Informazioni sul Sodalizio (barrare le caselle o inserire discipline)			
<input type="checkbox"/> AFFILIATA SOLO ACSI <input type="checkbox"/> AFFILIATA ALLE FEDERAZIONI CONI O ENTI QUALI _____	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CONTINUATIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA	<b>ATTIVITÀ</b> <input type="checkbox"/> CULTURALE <input type="checkbox"/> RICREATIVA
<b>DISCIPLINE E/O ATTIVITÀ PRATICATE</b>			

*Il sottoscritto Presidente in attuazione della deliberazione del Consiglio Direttivo, visto lo Statuto e i regolamenti dell'ACSI, che si impegna ad accettare ed a perseguirne gli scopi sociali, chiede l'affiliazione all'ACSI. Dichiaro inoltre che gli atleti tesserati sono stati sottoposti agli accertamenti sanitari previsti dalle vigenti normative di legge con esito positivo e che la relativa certificazione è conservata agli atti della società. La società esonera espressamente l'ACSI da qualsiasi responsabilità in relazione all'effettuazione delle visite mediche e conservazione della certificazione. Si dichiara, inoltre che il sodalizio è a conoscenza della convenzione assicurativa stipulata dall'ACSI con primaria compagnia per la copertura degli infortuni degli atleti. - Le condizioni delle polizze sono state portate a conoscenza di tutti gli associati. **Trattamento dei dati** - In relazione all'utilizzazione dei dati degli associati ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, si dichiara di essere a conoscenza che il loro trattamento avverrà nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali dell'ACSI. I dati relativi agli associati sono conservati presso le sedi dell'Associazione.*

DATA .....

FIRMA .....

Documento di riconoscimento del Presidente (o di chi ne fa le veci) tipo ..... n. .... del .....

**Il Comitato ACSI** di ..... ha esaminato la presente domanda ed ha deliberato accettando la richiesta di affiliazione

Compilare a macchina o stampatello in ogni sua parte.

**Il Presidente Provinciale ACSI**

COPIA PER LA SOCIETÀ