

DOMANDA DI AFFILIAZIONE

<input type="checkbox"/> PRIMA AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE	COD. _____	ANNO _____
--	------------	------------

Barrare la voce di identificazione Associazione Sportiva Gruppo spontaneo

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____	C.A.P. _____	COMUNE _____
-----------------	--------------	--------------

PROV. _____	TELEFONO _____	FAX _____	CELLULARE _____
-------------	----------------	-----------	-----------------

C.F./P.IVA _____	ANNO DI COSTITUZIONE _____	E mail _____
------------------	----------------------------	--------------

ATTIVITA' PRATICATE

Sportiva _____

Tempo libero _____

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente _____ Via _____ Tel. _____

Vice Presidente _____ Via _____ Tel. _____

Segretario _____ Via _____ Tel. _____

Tesoriere _____ Via _____ Tel. _____

Ai sensi della legge 675/96 si autorizza il trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. I dati saranno utilizzati unicamente nelle comunicazioni ad Istituzioni pubbliche, Compagnie di assicurazione e per l'invio di corrispondenza. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ di _____ In data _____

Il Presidente

_____ li _____

Si ratifica l'affiliazione per l'annualità in corso.

Roma, _____