

FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO PARALIMPICO

mod. FINP_AFF

DOMANDA DI PRIMA AFFILIAZIONE ALLA FINP PER LA STAGIONE AGONISTICA 20...../20.....

Il sottoscritto in qualità di Presidente Legale Rappresentante della:

Società sportiva

(indicare la denominazione per esteso)

Anno di fondazione

Codice affiliazione società (riservato alla F.I.N.P.)

Forma giuridica societaria (barrare con una X):

ANR

ASR

SOC

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

Partita IVA

Codice Fiscale

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)

DISABILITA': (BARRARE CON UNA X LE DISABILITA')

- FISICA
- VISIVA
- INTELLETTIVA RELAZIONALE (S14)

RISERVATO ALLA F.I.N.P.

DATA DI PRIMA AFFILIAZIONE

CHIEDE

l'affiliazione alla F.I.N.P. per la stagione sportiva (ANNO _____) e di poter svolgere attività sportiva per disabili nelle discipline sportive riportate nell'allegato DIS/03 e

DICHIARA:

- 1)-di accettare lo Statuto e i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dalla F.I.N.P.;
- 2)- ai sensi dell'art. 13-14 del GDPR 2016/679 recante "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e particolari", di aver preso conoscenza dell'informativa relativa alle modalità di trattamento dei dati personali da parte degli Uffici della Federazione e di conferire alla suddetta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali e particolari nell'ambito delle finalità e con modalità ivi indicate;
- 3)-che la società non ha scopo di lucro e che gli eventuali utili saranno interamente reinvestiti nell'attività sportiva;
- 4)-che il Consiglio Direttivo della Società Sportiva, democraticamente eletto dall'Assemblea dei Soci, risulta così composto:

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE: Sig.
Comune di residenza(Provincia) CAP
Indirizzo..... n.
Telefono/..... Fax/..... Cell/.....

mod. FINP_AFF - 1

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 ARRIVO

Prot. N.

DATA timbro ORGANO PROVINCIALE

PARTE RISERVATA ALL'ORGANO REGIONALE COMPETENTE

DATA ARRIVO

Prot. N.

DATA timbro ORGANO REGIONALE