



Domanda di:

☐ AFFILIAZIONE

☐ RIAFFILIAZIONE

PER L'ANNO

ANNO DI COSTITUZIONE

DELLA SOCIETA' SPORTIVA

INDICARE LA DENOMINAZIONE COMPLETA				
INDIRIZZO DELLA PALESTRA	C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA	TELEFONO
EVENTUALE ALTRO INDIRIZZO PER INOLTRO CORRISPONDENZA	C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA	TELEFONO

CONSIGLIO DIRETTIVO

CARICA	COGNOME NOME -C.F	VIA O PIAZZA	C.A.P.	COMUNE
Presidente				
Vice Presidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				

- Il sottoscritto Insegnante Tecnico Titolare si impegna a prestare la sua opera presso la Società per tutto il

Firma

- Il sottoscritto Presidente della Società, nel chiedere l'affiliazione conferma i dati sopra riportati e dichiara che l'impianto sportivo utilizzato è conforme a quanto stabilito dalle attuali disposizioni di legge in materia di Pubblica Sicurezza, Igiene e Sicurezza

Firma