

Anno \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> APS              | <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE ASD-APS        | <input type="checkbox"/> ALTRA SOCIETÀ/CIRCOLO |
| <input type="checkbox"/> ODV              | <input type="checkbox"/> IMPRESA/COOPERATIVA SOCIALE | <input type="checkbox"/> ENTI FILANTROPICI     |
| <input type="checkbox"/> RETI ASSOCIATIVE | <input type="checkbox"/> SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO   | <input type="checkbox"/> ALTRI ETS             |

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Sede Legale: Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Cod. Fisc./P. IVA \_\_\_\_\_

Consiglio Direttivo: Si prega indicare TUTTI i componenti del C.D. come da Atto Costitutivo o ultimo verbale di nomina che andranno SEMPRE inseriti sul sistema Tesseramento ASI Nazionale. Qualora gli spazi a disposizione su questo modulo non dovessero essere sufficienti, inserire comunque TUTTI i nominativi sul sistema Tesseramento ASI Nazionale

#### Legale Rappresentante (Presidente o Amministratore Unico)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Vicepresidente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

#### Segretario/Consigliere

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

#### Consigliere

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

#### Consigliere

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

#### Consigliere

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Anno

codice

### Consigliere

Nome ..... Cognome ..... Nato il .....

Nato a ..... Prov. .... Cod. Fisc. ....

Residenza ..... N. .... Città ..... Prov. .... CAP .....

### Consigliere

Nome ..... Cognome ..... Nato il .....

Nato a ..... Prov. .... Cod. Fisc. ....

Residenza ..... N. .... Città ..... Prov. .... CAP .....

### Consigliere

Nome ..... Cognome ..... Nato il .....

Nato a ..... Prov. .... Cod. Fisc. ....

Residenza ..... N. .... Città ..... Prov. .... CAP .....

### Consigliere

Nome ..... Cognome ..... Nato il .....

Nato a ..... Prov. .... Cod. Fisc. ....

Residenza ..... N. .... Città ..... Prov. .... CAP .....

Indicare periodo tesseramento preferito:  365 giorni  01.01/31.12  01.09/31.08

### Attività

Attività Praticate .....

Attività/Finalità statutarie .....

Utilizza Impianti Comunali .....

RICHIESTA NULLA OSTA SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE  RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO NAZIONALE DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE DILETTANTISTICHE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS)

GIÀ ISCRITTA REGISTRO APS/ODV:  REGIONALE  NAZIONALE

Data di Costituzione ..... Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi del codice del Terzo Settore: .....

Tipologia:  ANR (senza personalità giuridica)  ASR (con personalità giuridica)  SOC (Soc. di capitali e Cooperative)

Registrato all'Ag. delle Entrate di: Comune ..... Prov. .... N. .... Data .....

Atto Pubblico: Nome Notaio ..... Cognome Notaio .....

Distretto Notaio ..... N. Rep. Notarile ..... N. Reg. Persone Giuridiche .....

VISTO ENTE AFFILIANTE

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE