



WKF ITALIA

E-MAIL: wkf-italia@live.it

SEGRETERIA E AFFILIAZIONI: cellulare: 3423541115

MODULO AFFILIAZIONE/ RIAFFILIAZIONE ANNO 201___ / 201___

Cod. Affiliazione		Denominazione Associazione		(1) tipo di associazione		<input type="checkbox"/> 1^ Affiliazione Data.....	
<input type="checkbox"/> A.S.D. <input type="checkbox"/> Circolo <input type="checkbox"/> Altro				<input type="checkbox"/> ANR <input type="checkbox"/> ASR <input type="checkbox"/> SOC		<input type="checkbox"/> Riaffiliazione Data	
1) Tipo di associazione: ANR Associazione non riconosciuta – ASR Associazione riconosciuta – SOC Società di capitali e Società							
Sede Legale città		Prov.		Via c/o		Cap	
Tel o cellulare				Fax		email	
Domicilio Fiscale (indicare solo se diverso dalla sede legale) : città				Prov.		Via c/o	
Recapito corrispondenza (indicare solo se diverso dalla sede legale): città				Prov.		Via c/o	
Codice Fiscale (obbligatorio)				Partita I.V.A.			
Affiliata alle Federazioni Sportive Nazionali e/o EPS Riconosciute dal CONI:				WKF ITALIA		CSEN <input type="checkbox"/> SENZA RCT <input type="checkbox"/> CON RCT	
Discipline praticate: (primaria)				Secondarie:		Monosportiva Polisportiva	
Impianto sportivo Utilizzato (obbligatorio ; in caso di piu impianti, integrare con elenco a parte)							
Palestra :		Via		Città:		Cap	
CONSIGLIO DIRETTIVO (minimo 3 persone)							
PRESIDENTE n. tessera	Cognome:		Nome:		Codice fiscale:		
	Luogo e data di nascita:			Residenza:			
	Tel/Cellulare		Fax		email		
V. PRESIDENTE n. tessera	Cognome:		Nome:		Codice fiscale:		
	Luogo e data di nascita:			Residenza:			
	Tel/Cellulare		Fax		email		
SEGRETARIO n.tessera	Cognome:		Nome:		Codice fiscale:		
	Luogo e data di nascita:			Residenza:			
	Tel/Cellulare		Fax		email		
CONSIGLIERE n.tessera	Cognome:		Nome:		Codice fiscale:		
	Luogo e data di nascita:			Residenza:			
	Tel/Cellulare		Fax		email		
Tipo di forma Costituzione Società :				<input type="checkbox"/> Scrittura Privata		<input type="checkbox"/> Scrittura Privata Registrata	
				<input type="checkbox"/> Atto Registrato uff.ag. Entrate			
Data Costituzione Associazione:				Lo statuto è stato adeguato secondo l' art. 90 L.289/2002 in data:			
Cognome Notaio		Nome Notaio		Distretto Notaio			
N° Ordine e Rep. Notarile				Ufficio del Registro di :			
Estremi Registrazione : n°		serie		Data			

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, chiede l'affiliazione alla WKF Italia e dichiara di accettare lo statuto, il regolamento, le normative del CONI e tutte le normative emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata con l'Ente preposto che porterà a conoscenza di tutti gli associati. Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno sottoscritto il modulo di adesione a socio e hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa predisposta ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003 riportata sul retro (o allegata) della domanda di adesione a socio, letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere.

Il sottoscritto Presidente delega l'Ente preposto ad effettuare, per conto dell'Associazione, l'iscrizione al Registro ASD presso il Coni.

Dichiara di aver letto le informative riferite all'associazione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003 del Coni e dell'Ente preposto nonché:

- Di dare il consenso ai punti 1.1-1.2-1.3-1.4 dell'informativa del CONI (iscrizione a registro)
- Di dare il consenso ai punti 2.a-2.b-2.c-2.d dell'informativa dell'Ente preposto
- Di negare il consenso al Punto 1.4 dell'informativa CONI
- Di negare il consenso al Punto 2.d dell'informativa dell'Ente preposto

Si allegano: **Per la prima affiliazione:** Atto costitutivo e statuto conformi alle vigenti leggi, verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio direttivo, Documento d'identità del Rappresentante legale, informativa CONI e dell'Ente preposto; - per la Riaffiliazione: verbale assemblea di nomina del nuovo Consiglio Direttivo (se modificato rispetto all'anno precedente), Documento d'identità del Rappresentante Legale (solo in caso di variazione), informativa CONI e dell'Ente preposto.

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

..... Li

Firma del Presidente Associazione

Visto WKF Italia