

DOMANDA DI: PRIMA AFFILIAZIONE

RIAFFILIAZIONE

Codice Affiliazione:

Cognome				Nome				Data di Nascita			
Comune di nascita				Prov.		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Residente in Via/Piazza			
Comune		Prov.		CAP		Tel. abitazione		Tel. ufficio		Cellulare	
E-mail				Codice Fiscale							

IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE L'AFFILIAZIONE AL CENTRO NAZIONALE SPORTIVO LIBERTAS APS PER IL PERIODO:
ANNO SPORTIVO 2021/2022 (01/09-31/12/2021 - 01/01-31/08/2022) **ANNO SOLARE 2022** (01/01/2022-31/12/2022)
 ED IL TESSERAMENTO PER: **STESSO PERIODO DELL'AFFILIAZIONE** **365 GIORNI**

Denominazione							Acronimo				
Codice Fiscale				Partita I.V.A.				Appartenente a Gruppo Sportivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sezione di Polisportiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sede legale in Via/Piazza				n°		CAP		Località			
Comune		Prov.		Tel.		Fax		E-mail			
Indirizzo corrispondenza (solo se diverso dalla sede legale): presso				Via/Piazza							
Comune							Provincia		CAP		
Natura giuridica:	<input type="checkbox"/> Associazione SENZA personalità giuridica <input type="checkbox"/> Associazione CON personalità giuridica				Società di capitali:		<input type="checkbox"/> SpA <input type="checkbox"/> SRL		<input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> altro		
Discipline praticate con il CNS Libertas APS								Attività paralimpica			
								Attività sportiva integrata			

quale:

Associazione/Società Sportiva Dilettantistica

Ente del Terzo Settore

ONLUS

Altro

Componenti il Consiglio Direttivo:

Cognome e Nome	M/F	Data e luogo di nascita	Via e n°	Comune (PV)	e-mail	Telefono
Presidente/Amministratore						
Vice Presidente						
Consigliere						
Consigliere						
Consigliere						
Consigliere						

Allegati: Copia dell'Atto costitutivo e dello Statuto in vigore Verbale di elezione del Consiglio Direttivo Informativa riferita all'associazione ai sensi dell'art.13 Reg.to UE n.679/2016 del CNS Libertas
 Fotocopia documento di identità del Legale Rappresentante: Tipo _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI AFFILIAZIONE. Il sottoscritto, Presidente dell'Associazione sopraindicata, chiede l'affiliazione al C.N.S. Libertas APS e dichiara di accettare lo statuto, il regolamento, le normative del CONI e tutte le normative emanate dai predetti, e di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dal C.N.S.Libertas APS, 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 richiesta di tesseramento e hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa predisposta ai sensi dell'art.13 del Reg.to UE n.679/2016 riportata sul retro (o allegata) della domanda di tesseramento, letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere.

Luogo..... Data.....

Centro Provinciale o Comunale di _____
 Al Centro Nazionale Sportivo Libertas APS: **Parere favorevole per l'affiliazione o riaffiliazione**
 rilasciato in data _____ Il Presidente Provinciale

La presente domanda è stata
 inviata in data odierna al
 Centro Regionale

Firma.....
 Il Centro Nazionale Sportivo Libertas APS accetta l'affiliazione o riaffiliazione
 Roma _____ Il Presidente Nazionale
 Andrea Pantano

IL SOTTOSCRITTO CHIEDE INOLTRE, PER IL TRAMITE DEL C.N.S. LIBERTAS APS, L'ISCRIZIONE AL REGISTRO NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI E SOCIETÀ SPORTIVE DILETTANTISTICHE ed all'uopo, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, **DICHIARA** quanto segue in merito all'Associazione/Società Sportiva Dilettantistica:

DATI ATTO COSTITUTIVO/STATUTO

• **Data di costituzione** **Data di registrazione atto**

• **Forma di costituzione:** scrittura privata

<input type="checkbox"/> atto pubblico	Notaio: Cognome e Nome	Distretto Notaio	N. ordine e repertorio notarile

• **Statuto Vigente**
registrato

Data di approvazione	Ufficio del Registro di:	Estremi e data di registrazione

• **Altri dati** (eventuali)

N. Registro Persone Giuridiche	N. Registro delle Imprese	Camera di Commercio

• **POSSESSO REQUISITI STATUTO EX ART.90 LEGGE 282/2002 ED EX DELIBERA DI CONSIGLIO NAZIONALE CONI DEL 15/07/2004 N.1273**

Il sottoscritto dichiara altresì: che nello Statuto vigente, di cui sopra sono riportati gli estremi di registrazione, sono espressamente previsti, oltre la sede legale:

- a) La denominazione, che include il termine "... Dilettantistica".
- b) L'oggetto sociale, con riferimento all'organizzazione di attività sportive dilettantistiche, compresa attività didattica.
- c) L'attribuzione della rappresentanza legale.
- d) L'assenza di fini di lucro e la previsione che i proventi delle attività non possono, in nessun caso, essere divisi fra gli associati, anche in forme indirette.
- e) Le norme sull'ordinamento interno ispirato a principi di democrazia e di uguaglianza dei diritti di tutti gli associati, con la
- f) L'obbligo di redazione di rendiconti economico-finanziari, nonché le modalità di approvazione degli stessi da parte degli organi statutari.
- g) Le modalità di scioglimento dell'associazione.
- h) L'obbligo di devoluzione ai fini sportivi del patrimonio in caso di scioglimento delle società e delle associazioni.
- i) Che nello statuto è espressamente previsto, in osservanza della Delibera del Consiglio Nazionale CONI, l'obbligo di conformarsi alle norme ed alle direttive del CONI, nonché allo statuto ed ai regolamenti del CNS Libertas

• **AMMINISTRATORI**

Il sottoscritto dichiara che i propri amministratori non ricoprono la medesima carica in altre associazioni o società sportive dilettantistiche nell'ambito della medesima Federazione Sportiva o Disciplina Associata se riconosciuta dal CONI, ovvero nell'ambito della medesima disciplina facente capo ad un Ente di promozione sportiva.

Luogo..... Data.....

Firma.....

• **IMPIANTI UTILIZZATI**

Nome impianto			Indirizzo			N°
CAP	Comune			Prov.		
Nome impianto 2			Indirizzo			N°
CAP	Comune			Prov.		

• **DOCUMENTI ALLEGATI**

Informativa CONI Dichiarazione di unico Ente di affiliazione Luogo..... Data..... Firma.....