



# DOMANDA DI AFFILIAZIONE ANNO SPORTIVO 20\_\_ / 20\_\_

CON COPERTURA ASSICURATIVA EPS RC-RCT-RCTO



PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

COMITATO REGIONALE

.....

- KARATE
- KICKBOXING
- DISCIPLINE ASSOCIATE

.....

## DATI SOCIETÀ

SOCIETÀ SPORTIVA  ANNO COSTITUZIONE

CODICE FISCALE

INDIRIZZO SEDE LEGALE   
via, n°, cap, città, provincia

INDIRIZZO PALESTRA 1   
via, n°, cap, città, provincia

INDIRIZZO PALESTRA 2   
via, n°, cap, città, provincia

TEL.  E-MAIL

## CONSIGLIO DIRETTIVO

CARICA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CAP	COMUNE
PRESIDENTE				
VICEPRESIDENTE				
CONSIGLIERE				
CONSIGLIERE				
SEGRETARIO				
DIRETTORE TECNICO				
INSEGANTE TECNICO				

il Presidente

Luogo e data \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

## MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, nella qualità di legale rappresentante della Società Sportiva, dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art.13 del Reg. UE 2016/679 e consente che la Federazione effettui il trattamento dei dati personali della Società Sportiva e le comunicazioni e diffusioni ai soggetti di cui alla predetta informativa per le finalità ivi indicate.

il Presidente

Luogo e data \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)