**Domanda di Affiliazione**

***La sottoscritta Associazione, qui rappresentata dal proprio Presidente, preso atto dello Statuto della FIE attualmente in vigore, degli oneri che ne derivano, dei diritti che a Lei spetteranno in qualità di Socio ed in particolare delle Norme di cui all’Art. 4 Soci ed Affiliazione, si impegna a far rispettare, nell’ambito dei propri iscritti, lo Statuto stesso, gli obiettivi sociali (art. 2), ed i Regolamenti collegati,***

**chiede**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’AFFILIAZIONE ALLA FIE, A DECORRERE DALL’ANNO** | **2023** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ragione Sociale | | | | | | | Codice Fiscale | | | | Tipologia |
|  | | | | | | |  | | | |  |
| Sede Sociale - Indirizzo | | | | | | | | Cap | Comune | | |
|  | | | | | | | |  |  | | |
| Telefono Fisso | | Telefono Cellulare | | | Indirizzo Email | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | |
| Data di Costituzione | Estremi Atto Costitutivo | | | | | | | | | Numero Soci Anno Precedente | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
| **Presidente o Rappresentante Legale** | | | | | | | | | | | |
| Nome e Cognome | | | | | | | | | | Codice Fiscale | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Indirizzo | | | | | | | | Cap | Comune | | |
|  | | | | | | | |  |  | | |
| Telefono | | | Email | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| **Responsabile Tesseramento** | | | | | | | | | | | |
| Nome e Cognome | | | | Telefono | | Indirizzo Email | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documentazione Allegata** | | | | | | |
| □ Atto Costitutivo | □ Statuto Sociale | | | □ Mod. A01/S Composizione Organi Sociali | | □ Mod.GDPR |
| □ Mod.A01/A Elenco Attività Sociali | | | □ Cert. Codice Fiscale Associazione | | □ Documento Identità Presidente | |
| □ Cert. Codice Fiscale Presidente | | □ | | | □ | |

|  |
| --- |
| **Dichiarazioni del Presidente o Rappresentante Legale** |
| 1. ***Dichiara di impegnare l’Associazione da Lui rappresentata a rispettare le Norme per Affiliazione e Tesseramento, con particolare riferimento agli adempimenti economici (quota Affiliazione, numero minimo di Tessere, scadenze trimestrali a conguaglio (rif. Punto 11)*** 2. ***Dichiara di essere a conoscenza delle Norme sulla Tutela Sanitaria, e che opererà affinché vengano rispettate dai propri Tesserati FIE*** 3. ***Si impegna a comunicare alla FIE ogni variazione del proprio Statuto, della Sede Sociale e della Composizione degli Organi Sociali*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Timbro e Firma del Presidente o Rappresentante Legale |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parere del Comitato Regionale** | | **CONSIGLIO FEDERALE FIE DATA E TIMBRO PER APPROVAZIONE** | **MATRICOLA** |
| **APPROVATO** | **RESPINTO** |  |
| **Vedi Relazione Allegata** | |