

DOMANDA DI: PRIMA AFFILIAZIONE RIAFFILIAZIONE Codice Affiliazione:

IL SOTTOSCRITTO

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

IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE L'AFFILIAZIONE AL CENTRO NAZIONALE SPORTIVO LIBERTAS APS PER IL PERIODO:
 ANNO SPORTIVO 2022/2023 (01/09-31/12/2022 - 01/01-31/08/2023) ANNO SOLARE 2023 (01/01/2023-31/12/2023)
 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"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sezione di Polisportiva	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sede legale in Via/Piazza		n°	CAP	Località		
Comune	Prov.	Tel.	Fax	E-mail	PEC	
Indirizzo corrispondenza (solo se diverso dalla sede legale): presso			Via/Piazza	n°		
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		<input type="checkbox"/>
				Attività sportiva integrata		<input type="checkbox"/>

quale: Associazione/Società Sportiva Dilettantistica Ente del Terzo Settore 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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. | <ul style="list-style-type: none"> 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

Luogo..... Data..... Firma.....