



Il/La sottoscritto/a

nato/a il

a () C.F. sesso M F e residente a

() in

n. CAP legale rappresentate, in qualità di indirizzo di:

(Presidente/Amministratore)

ASSOCIAZIONE / SOCIETÀ	Sede legale:		ragione sociale		indirizzo		CAP	
	comune		() prov.		recapiti telefonici		codice fiscale	
	partita IVA		posta elettronica		Posta Elettronica Certificata			
	Recapito postale (indicare solo se diverso dalla sede legale) ☐ ASD/SSD ☐ Associazione sportiva di base ☐ ODV ☐ APS ☐ Ente filantropico ☐ Rete associativa ☐ Impresa sociale (incluso cooperative sociali) ☐ Società di mutuo soccorso ☐ Altro Ente del Terzo settore ☐ Altro							
Natura giuridica: ♦ Associazione: ☐ senza personalità giuridica ☐ con personalità giuridica ♦ Società di capitali: ☐ Srl ☐ SpA ☐ Cooperativa ♦ Altro / Ente del Terzo Settore ☐								

chiede l'affiliazione al Centro Nazionale Sportivo Libertas APS per la stagione:

☐ Sportiva 01/09/20 - 31/08/20

☐ Solare 01/01-31/12/20
e tesseramento: ☐ coincidente con l'affiliazione

con durata 365 giorni (in continuità di affiliazione)

ATTIVITÀ	Attività paralimpica Attività integrata	
	➤ Discipline sportive riconosciute praticate con il CNS Libertas APS:	
	➤ Altre attività o discipline sportive non riconosciute praticate con il CNSL Libertas APS:	
Impianto sportivo:		

TERZO SETTORE	• Stato di iscrizione al RUNTS: già iscritto richiesta di iscrizione tramite il CNS Libertas APS • Attività di interesse generale (barrare le lettere del comma 1 dell'art.5 del Codice del Terzo Settore che si riferiscono alle attività indicate nel proprio statuto vigente): A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z								
	• "Attività diverse" previste dallo Statuto: Sì No Se vengono attualmente svolte "attività diverse" ai sensi dell'art.6 del Codice del Terzo Settore, indicare i relativi codici ATECO:								
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
Altri dati richiesti dal RUNTS: <table border="1"> <tr> <td>N.soci</td><td></td><td>N. volontari dell'Ente</td><td></td><td>N. volontari provenienti da altri enti</td><td></td><td>N. lavoratori dipendenti e/o parasubordinati</td><td></td> </tr> </table>		N.soci		N. volontari dell'Ente		N. volontari provenienti da altri enti		N. lavoratori dipendenti e/o parasubordinati	
N.soci		N. volontari dell'Ente		N. volontari provenienti da altri enti		N. lavoratori dipendenti e/o parasubordinati			

ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI AFFILIAZIONE. Il sottoscritto, legale rappresentante dell'Associazione/Società 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 e data

firma del legale rappresentante

Centro Provinciale Libertas

ALLEGARE: documento di identità del legale rappresentante

In caso di prima affiliazione allegare anche: Atto costitutivo e Statuto vigente (con estremi di registrazione) – Verbale di elezione del Consiglio Direttivo in carica – Certificato di attribuzione del codice fiscale/partita iva

In caso di variazioni, allegare: verbale variazione/elezione Consiglio Direttivo o verbale variazione statuto con copia statuto registrato