



Domanda di \_\_\_\_\_ affiliazione per l'anno \_\_\_\_\_ REGISTRO CONI N° \_\_\_\_\_

Società		Cod. Soc.
Settore		Regione
Sede Sociale		E-Mail
Via		
CAP	Città	Telefono

Recapito postale c/o Sig.:  
(Via-CAP-Città)

Carica	Cognome e Nome	Indirizzo	CAP	Città
Presidente				
V. Presidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Segretario				
Medico				

Anno di fondazione	Anno di prima affiliazione	Tel. Palestra
--------------------	----------------------------	---------------

E-MAIL

Indirizzo Palestra	Via	CAP	Città
--------------------	-----	-----	-------

Preso conoscenza del Regolamento Organico, dichiaro di assumermi per l'anno in corso la responsabilità dell'insegnamento della disciplina presso la scrivente Società.

_____ Tessera N° _____	_____ FIRMA _____
COGNOME E NOME DEL DIRETTORE TECNICO	

La Società scrivente si affilia alla FIKTA per l'anno \_\_\_\_\_ dichiarando di accettarne lo statuto ed i regolamenti.

_____ LUOGO E DATA _____	_____ TIMBRO _____	_____ FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' _____
--------------------------	--------------------	---

Parere del Comitato Regionale (solo per le nuove affiliazioni) \_\_\_\_\_

_____ LUOGO E DATA _____	_____ TIMBRO _____	_____ FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITATO REGIONALE _____
--------------------------	--------------------	---