**DOMANDA DI AFFILIAZIONE PER SOGGETTI GIÀ ADERENTI AD ALTRI ORGANISMI FSN/ DSA/ EPS**

**Anno Sportivo 2024**

**Presentata dall’associazione**

Denominazione ………………………………………………………………………………………………….............

CAP ……...….. Località …………………………………………….……………..……. Prov. ……..…………..……

Via………………………………………………………………………………………….

Cell………………........................ Tel.……..….………………… Fax……..…………………….

Indirizzo e-mail……………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice fiscale A.S.D.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *(obbligatorio)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Partita IVA A.S.D.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Già affiliata presso FSN/DSA/EPS riconosciuti dal Coni (specificare quale):

🞎 FSN …………………… 🞎 DSA ……………………… 🞎 EPS ………………………

**Consiglio direttivo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualifica** | **Nome**  | **Cognome** | **Codice Fiscale** | **Telefono** |
| Presidente |  |  |  |  |
| Vice Presidente |  |  |  |  |
| Consigliere |  |  |  |  |
| Consigliere |  |  |  |  |
| Consigliere |  |  |  |  |
| Consigliere |  |  |  |  |

**Scuola di Badminton** *(campi obbligatori)*

1. **Dati impianto sportivo di riferimento:**

# Denominazione palestra ………………………………………………………………………………………

Indirizzo ...……………………………………………………………………………………………………………..

Dispone dei seguenti campi di gioco doppio n. …..……. singolo n. ……….

Area di gioco: altezza m ..…. lunghezza m …..... larghezza m .…...… tipo di pavimento .…….....................

1. **Tecnico responsabile (presente nell’albo tecnici FIBa):**

Nome………………… Cognome……............................ Qualifica tecnica ………………….

**N.B**. in caso di prima affiliazione l’ASD potrà non indicare alcun tecnico ma tale vincolo sarà obbligatorio nel momento della Riaffiliazione.

Con la firma della presente si accettano:

- lo Statuto e i Regolamenti F.I.Ba. ed i loro aggiornamenti e revisioni

 - gli accrediti delle somme sul CC bancario intestato all’associazione………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *(obbligatorio)* |

- Si allega documento attestante l’affiliazione a FSN o Ente di Promozione convenzionato valido

*Con la sottoscrizione del presente modulo si dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla privacy pubblicata sul sito internet* [*www.badmintonitalia.it*](http://www.badmintonitalia.it) *e si acconsente che i dati ivi indicati vengano divulgati per fini istituzionali dalla F.I.Ba. con qualsiasi mezzo di comunicazione, ivi compresa la pubblicazione sul sito internet federale nel rispetto della normativa in materia di privacy ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 Regolamento UE 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR)..Si dichiara altresì di accettare anche per i propri tesserati ed associati, le Norme ed i Regolamenti FIBa, nonché le decisioni dei suoi Organi, limitatamente all’attività di Badminton.*

……………………………. …….…………………………………………...

 *(luogo e data) (timbro e firma rappresentante legale)*