



# WFKSU ITALIA

## WORLD FEDERATION KENPO STYLES UNITED

### DOMANDA DI RI/AFFILIAZIONE

**di associazione sportiva dilettantistica senza scopo di lucro**  
**wfksuitalia@gmail.com**

Associazione: A.S.D.  ALTRA SOCIETA'  CIRCOLO  ATTIVITA' DISABILI  SI  NO

**MODULO B**

- Prima Affiliazione  
 Riaffiliazione

Anno.....

DENOMINAZIONE A.S.D.				
INDIRIZZO		C.A.P.	COMUNE	
PROV.	REGIONE	PREFISSO	TELEFONO	FAX
C.F. - P. IVA		ANNO DI COSTITUZIONE	E-mail:	

### CONSIGLIO DIRETTIVO

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PRESIDENTE	TELEFONO
INDIRIZZO.	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	VICE PRESIDENTE	TELEFONO
INDIRIZZO.	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	SEGRETARIO	TELEFONO
INDIRIZZO.	C.A.P.	COMUNE	PROV.
COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	TESORIERE	TELEFONO
INDIRIZZO.	C.A.P.	COMUNE	PROV.

Codice Fiscale Associazione:.....

Codice Fiscale Presidente:.....

Data Costituzione Atto costitutivo e Statuto ..... Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi dell'Art. 90.....

Atto Pubblico: Nome Notaio: ..... Distretto Notaio: ..... Num. Rep. Notarile.....

Registrazione Agenzia delle Entrate: N° ..... Data ..... Città.....

Documento di Riconoscimento del Presidente - Tipo.....rilasciato il.....n°.....

**N.B. I sopra elencati documenti vanno inviati scannerizzati ed allegati alla presente, che può essere inviata tramite Email : wfksuitalia@gmail.com**

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO NAZIONALE DEL CONI

ADESIONE/TESSERAMENTO CON COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA

#### Informazioni sulla Società (barrare la casella o inserire la disciplina)

<input type="checkbox"/> AFFILIATA SOLO WFKSU ITALIA <input type="checkbox"/> AFFILIATA ALLE FEDERAZIONI CONI QUALI _____ <b>DISCIPLINE PRATICATE</b> _____	<b>ATTIVITA'</b> <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA _____	<b>ATTIVITA'</b> <input type="checkbox"/> CONTINUATIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA _____	<b>TESSERAMENTO SOCI</b> <input type="checkbox"/> GESTIONE ANNO SOLARE <input type="checkbox"/> GESTIONE ANNO SPORTIVO _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INFORMATIVA Art. 13D. Lgs. 196/2003: Vi informiamo che i Vs. dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy esclusivamente per gli scopi previsti dal rapporto contrattuale con noi instaurato. La legge indica i Vs. diritti all'art.7. "Dichiaro sotto la mia responsabilità che gli atleti sopra elencati hanno consegnato in Società il certificato medico previsto dalla normativa sanitaria vigente". Dichiaro inoltre che tutti gli associati hanno altresì conoscenza dello Statuto e del Regolamento Organico nonché delle Norme Organizzative la vita dell'Ente, che accettano senza riserve. **Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento se richiesto, per il tramite ente di Promozione sportivo convenzionato con la WFKSU Italia**, e di aver debitamente informato i tesserati inclusi nel presente elenco. Sono a conoscenza della norma per cui le denunce di sinistro devono essere inoltrate con lettera raccomandata A/R alla sede dell'Ente di Promozione Sportiva entro tre giorni dallo stesso. Autorizzo l'Associazione alla divulgazione per soli fini istituzionali, dei dati inerenti la società/circolo ricreativo e gli associati, impegnandomi a richiedere pari autorizzazione agli stessi (D.LGS.196/2003). Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del Presidente** \_\_\_\_\_