



FEDERAZIONE CRICKET ITALIANA

C.O.N.I. – Disciplina Associata

MODULO DI AFFILIAZIONE 2007

Per la compilazione consultare le Disposizioni 2007

1	CODICE ASA	
	TIPO ASA	
	AFFILIATA DAL	

2	ASSOCIAZIONE: (nome completo del sodalizio)			
---	--	--	--	--

SEDE LEGALE: CITTÀ	CAP	PROVINCIA	INDIRIZZO	c/o
TELEFONO	FAX	EMAIL		
CODICE FISCALE:	PARTITA IVA:			

3	RAPPRESENTANTE LEGALE: (cognome e nome)			
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	INDIRIZZO	
TELEFONO:	TEL. CELLULARE	FAX	EMAIL	

4	RECAPITO POSTALE DELL'ASA: c/o			
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	INDIRIZZO	

- Chiede di affiliarsi alla FEDERAZIONE CRICKET ITALIANA per l'anno 2007, dichiarando di aver ottemperato al versamento della quota di affiliazione in conformità con quanto stabilito dal C.F. della F.Cr.I. del 11/11/2006 e precedenti.
- Con la presente dichiara di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti federali, di essere a conoscenza degli oneri e degli obblighi derivanti dal vincolo federale e di accettare senza alcuna riserva: tutte le norme statutarie e regolamentari della F.Cr.I.; tutte le disposizioni emanate dagli organi federali; tutti i vincoli di giustizia e clausola compromissoria; le riprese e la divulgazione delle immagini.
- Allega copia dell'ultimo verbale dell'Assemblea o del C.D. in cui è avvenuta l'elezione del Presidente e degli organi sociali. (In caso di prima affiliazione: allegare copia dello Statuto e dell'atto costitutivo).
- Dichiara che in caso di sostituzione del legale rappresentante o modifiche nella composizione del C.D. verrà immediatamente inviato alla F.Cr.I. il verbale attestante l'avvenuto passaggio dei poteri e le modifiche del C.D.

Dichiara, inoltre, di essere in regola con la normativa vigente per il riconoscimento sportivo e per l'iscrizione al REGISTRO C.O.N.I.

5	EMAIL accettazione delle comunicazioni esclusivamente per via telematica		SI	NO
	EMAIL CRICKITALIA	EMAIL 1	EMAIL 2	
	@crickitalia.org			

6	CAMPO DA GIOCO: (denominazione)			
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	INDIRIZZO	TELEFONO
LUOGO CONSERVAZIONI DOCUMENTI DI TESSERAMENTO: (Solo se diverso dalla sede legale)				
MEDICO SOCIALE: (cognome, nome, n° tessera FMSI)				

7	Luogo e data	Il legale rappresentante (cognome e nome)	Il legale rappresentante (firma)	Timbro del sodalizio
---	---------------------	---	--	-----------------------------

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI**8** Dichiaro di essere affiliato al seguente Ente di Promozione Sportiva:**9 COMPOSIZIONE CONSIGLIO DIRETTIVO**

QUALIFICA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CAP	CITTÀ	TELEFONO	EMAIL

10 RAPPRESENTANTI

QUALIFICA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CAP	CITTÀ	TELEFONO	EMAIL
Rappresentante Atleti						
Rappresentante Tecnici						
Capitano						

11 INFORMAZIONI TECNICHE

Abbinamento pubblicitario		
Abbinamento tecnico		

12 C/C BANCARIO: INTESTAZIONE BANCA AGENZIA C/C CAB ABI CIN**13 SITO WEB:**