



FEDERAZIONE CRICKET ITALIANA

Disciplina Sportiva Associata al Coni

MODULO DI AFFILIAZIONE 2009

Per la compilazione consultare le Disposizioni 2009

*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 2009, dichiarando di aver ottemperato al versamento della quota di affiliazione in conformità con quanto stabilito dal C.F. della F.Cr.I. del 13/09/2008 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.

***5** | **Dichiara, inoltre, di essere in regola con la normativa vigente per il riconoscimento sportivo e per l'iscrizione al REGISTRO Coni**

*6	EMAIL accettazione comunicazioni esclusivamente per via telematica (obbligatorio Serie A e B)		SI	NO
	EMAIL CRICKITALIA	EMAIL 1	EMAIL 2	
	@crickitalia.org			

*7	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)				

*8	Luogo e data	Il legale rappresentante (cognome e nome)	Il legale rappresentante (firma)	Timbro del sodalizio

***9** Anno di prima affiliazione (continuativa): _____ oppure anno di ultima affiliazione (continuativa): _____

10 Dichiara di essere affiliato al seguente Ente di Promozione Sportiva: _____

*11 COMPOSIZIONE CONSIGLIO DIRETTIVO							
QUALIFICA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CAP	CITTÀ	TELEFONO	EMAIL	

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

13 INFORMAZIONI TECNICHE							
Abbinamento pubblicitario							
Abbinamento tecnico							

14 C/C BANCARIO (CODICE IBAN): _____

15 SITO WEB: _____