



ASSOCIAZIONE SILENZIOSA ITALIANA SCACCHISTICA
Via Nomentana, 56 - 00161 ROMA

Fondata nel 1989

Barrare con una X le caselle che interessano. Scrivere esclusivamente in caratteri stampatello o a macchina.

DOMANDA DI AFFILIAZIONE ANNO 200 ___ DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE ANNO 200 ___

Il sottoscritto nella qualità di Presidente della Società sotto indicata inoltra domanda di affiliazione di Riaffiliazione per l'anno 200 ___ e allega l'importo relativo alla tassa prevista.
A nome della Società di appartenenza si impegna a rispettare e far rispettare dai propri componenti, lo Statuto, le norme del Regolamento che dichiara di conoscere e di accettare senza riserve. Impegna inoltre la Società all'osservanza delle norme di legge sulla tutela sanitaria dei giocatori tesserati.
All'atto dell'affiliazione va allegato obbligatoriamente lo Statuto Sociale.

DENOMINAZIONE SOCIETÀ

--

Indirizzo al quale vanno inviati: corrispondenza ed eventuali rimborsi (barrare una sola casella)

indirizzo della Sede Sociale indirizzo del Presidente indirizzo del Segretario.

SEDE SOCIALE :

PRESSO		PREF.		TELEFONO	
--------	--	-------	--	----------	--

INDIRIZZO				NUMERO	
-----------	--	--	--	--------	--

CAP		CITTÀ		SIGLA PROV.	
-----	--	-------	--	-------------	--

DOMANDA PRESENTATA DALLA SOCIETÀ

_____ in data _____

Timbro

IL PRESIDENTE

COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE : _____ Cognome		_____	TESSERA --	_____
		Nome		Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
VICE PRESIDENTE : _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
SEGRETARIO : _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
DIRETTORE TECNICO: _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
CONSIGLIERE: _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
CONSIGLIERE: _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			
<hr/>				
MEDICO SOCIALE: _____		_____	TESSERA --	_____
		Cognome		Nome
				Numero
Indirizzo: _____	Cap: _____	Città: _____		
Data e Luogo di nascita: _____	Telefono: _____			

RISERVATO ALLA A.S.I.S.

CODICE SOCIETÀ ASSEGNATO	AFFILIAZIONE APPROVATA al numero di registro
	AFL / _____



Visto