

Sede Nazionale: Via Capo Peloro 30 - 00141 Roma  
Info line: 340-1741990 Fax: 06-56561294

E-mail: [info@asiequitazione.com](mailto:info@asiequitazione.com) - Web: [www.asiequitazione.com](http://www.asiequitazione.com)

## DOMANDA DI ADESIONE E AFFILIAZIONE :

**PRIMA ADESIONE 2017**  **RINNOVO ADESIONE 2017**

**LIVELLO GOLD**  **LIVELLO SILVER**  **LIVELLO BRONZE**

**Rilascio nullaosta somministrazione (D.P.R. 235 del 04.04.2001)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di Presidente  
dell'Associazione \_\_\_\_\_

Con Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sito internet \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale e/o P.Iva \_\_\_\_\_

**Opzione Durata Tesseramento :**  Anno solare (01.01/31.12)  365 Giorni (solo per aff.ni Gold e Silver)

**Affiliato ad altri EPS** (Enti di Promozione Sportiva, NO Federazioni) :  SI  NO

### SOTTOSCRIVE LA PRESENTE DOMANDA

- dichiarando di aver preso visione e di accettare lo Statuto ASI e i Regolamenti del Settore Sport Equestri ASI con particolare riferimento al Regolamento Salute del Cavallo e del Binomio e impegnandosi altresì per eventuali controversie, a fare riferimento agli Organi di Giustizia Sportivi come da clausola compromissoria;

- rispettando e facendo rispettare nell'ambito del proprio centro, lo Statuto, il Regolamento Organico ed ogni altra norma emanata dall'Ente di Promozione Sportiva e dal Settore Sport Equestri ASI;

- autorizzando espressamente il Settore Sport Equestri ASI, ai sensi e per gli effetti della Legge 196/03 su "La Tutela dei dati personali", a trattare, inserire, pubblicare e conservare nella banca dati elettronica per finalità istituzionali tutti i dati contenuti nel modello sopra compilato.

### CONSIGLIO DIRETTIVO Associazione/Società

Qualifiche dei componenti del Consiglio Direttivo (Presidente più almeno due componenti): "Vice-Presidente, Consigliere, Segretario, Tesoriere, Membro"

Nome	Cognome	Qualifica
Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.
Indirizzo	Comune	CAP
		PR
		Tel
Nome	Cognome	Qualifica
Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.
Indirizzo	Comune	CAP
Nome	Cognome	Qualifica
Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.
Indirizzo	Comune	CAP
		PR
		Tel

### ESTREMI ATTO COSTITUTIVO

Atto pubb.co  Scrit. privata  Scrit. privata autenticata  Scrit. privat dep. Uff. Entrate

Data di costituzione \_\_\_\_\_ Uff. del Registro di \_\_\_\_\_

Estremi di registrazione : N° \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_

**Per le nuove affiliazioni dovranno essere allegati i seguenti documenti:**

- 1) Copia atto costitutivo e statuto registrato presso l'Agenzia delle Entrate
- 2) Copia del CF dell'Ass.ne attribuito dall'Agenzia delle Entrate
- 3) Copia di un doc. di identità valido e leggibile del Presidente dell'Ass.ne
- 4) Per le Società Srl SD, copia visura camerale

**Per le riaffiliazioni :**

- 1) Copia eventuale verbale di modifica Consiglio Direttivo
- 2) Copia di un doc. di identità valido e leggibile del Presidente dell'Ass.ne

**Firma del Presidente dell'Associazione**