



EQUITABILE®

Il cavallo per l'educazione, l'inclusione sociale ed il benessere umano.

DOMANDA DI AFFILIAZIONE PER L'ANNO SPORTIVO 2011 -2012

Domanda di : Affiliazione Riaffiliazione
 con Assicurazione senza Assicurazione
 con R.C.T.

Tipo di Associazione:

- ASD (Associazione Sportiva Dilettantistica)
 SOC (Società Sportiva)
 Altro (specificare): _____

Tipo di sodalizio:

- Associazione Sportiva senza personalità giuridica (senza atto notarile)
 Associazione Sportiva con personalità giuridica (con atto notarile)
 Società di capitali e società cooperative

ANAGRAFICA:

Ragione Sociale (completa di natura giuridica) _____

con sede in Via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ Cell. _____ / _____ Fax _____ / _____

Indirizzo a cui inviare corrispondenza se diverso da quello sopraindicato: _____

P.Iva _____ Codice Fiscale _____

Sito internet _____ e-mail _____

Data di costituzione: _____ Sport praticati: _____

Impianto Sportivo utilizzato (denominazione ed indirizzo): _____

Tipo di costituzione del sodalizio:

- Atto pubblico (atto notarile).

Specificare:

Nome e Cognome notaio: _____ Distretto Notaio: _____

Prefettura _____ Regione _____

- Scrittura privata depositata presso l'ufficio del Registro (Agenzia delle entrate).

Specificare:

Ufficio del Registro di (città) _____

Numero di registrazione (n° , serie): _____

Data _____

CONTATTI:

Legale Rappresentante

Nome _____ Cognome _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Contatto per rapporti con Equitabile (barrare la scelta): [] Si [] No

Altri contatti:

Nome _____ Cognome _____

Carica _____ Tel. _____

Cell. _____ e-mail: _____

Contatto per rapporti con Equitabile®: [] Si [] No

CHIEDE L'AFFILIAZIONE AD EQUITABILE®

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, chiede l'affiliazione ad Equitabile® e dichiara di accettare lo statuto, il regolamento, le normative del CONI e tutte le normative emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata che porterà a conoscenza di tutti gli associati. Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno sottoscritto il modulo di adesione a socio e hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 riportata sul retro (o allegata) della domanda di adesione a socio, letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere. Il sottoscritto autorizza espressamente Equitabile® a trattare, inserire, pubblicare e conservare nei propri archivi tutti i dati contenuti nel presente modulo.

Affiliata solo Equitabile®/ACSI

Affiliato anche alla FISE

Affiliato ad altri EPS: _____

Sceglie ACSI come primo Ente? **SI** **NO**

REGISTRO CONI:

Il Sottoscritto Presidente dell'associazione _____ autorizza Equitabile® ed ACSI ad effettuare per proprio conto l'iscrizione al Registro CONI.

Comunica la password per la nuova iscrizione al Registro presso il Coni N.....

Autorizza Equitabile® e l'Ente di Promozione Sportiva a richiedere la password al Coni per l'iscrizione al registro – Allegare Carta d'Identità del Legale Rappresentante – La password sarà comunicata all'associazione

Provvede direttamente all'iscrizione presso il Registro Coni dell'Associazione e si impegna a comunicare entro 20 giorni il numero di iscrizione pena la revoca dell'affiliazione o riaffiliazione

QUOTA AFFILIAZIONE:

Affiliazione Anno Sportivo 2011-2012 (01 Settembre 2011 – 31 Agosto 2012) con assicurazione: € 200,00

Affiliazione Anno Sportivo 2011-2012 senza assicurazione: € 100,00

R.C.T. (facoltativa): € 70,00

Si dichiara che il suddetto Centro ha effettuato domanda di affiliazione ad Equitabile® ed ha versato in data _____ l'importo di € _____ mediante:

Assegno bancario non trasferibile intestato a: A.S.D. "Incontro a cavallo"

Bonifico bancario

Contanti

Coordinate bancarie:

C/C intestato a A.S.D. "Incontro a cavallo" presso Banca Popolare di Sondrio – Agenzia di Villasanta

IBAN IT 39 J 05696 34050 000003328X27

Si specifica che non potrà avvenire nessun tesseramento sino a quando non si è in regola con il pagamento dell'affiliazione

CONSIGLIO DIRETTIVO

Per la qualifica dei componenti del Consiglio Direttivo usare le seguenti abbreviazioni:

P = Presidente – VP = Vice presidente – C = Consigliere – S = Segretario T = Tesoriere DT = Direttore Tecnico

1 QUALIFICA: P	COGNOME:	NOME:	DATA di NASCITA:		LUOGO di NASCITA
	COMUNE/ CITTA'	VIA/PIAZZA	PROVINCIA:	CAP:	TELEFONO/ CELLULARE:
	CODICE FISCALE:		E-MAIL:		
	LUOGO E DATA RILASCIO CARTA D'IDENTITA'		NUMERO DOCUMENTO		

2 QUALIFICA: _____	COGNOME:	NOME:	DATA di NASCITA:		LUOGO di NASCITA
	COMUNE/ CITTA'	VIA/PIAZZA	PROVINCIA:	CAP:	TELEFONO/ CELLULARE:
	CODICE FISCALE:		E-MAIL:		

3 QUALIFICA: _____	COGNOME:	NOME:	DATA di NASCITA:		LUOGO di NASCITA
	COMUNE/ CITTA'	VIA/PIAZZA	PROVINCIA:	CAP:	TELEFONO/ CELLULARE:
	CODICE FISCALE:		E-MAIL:		

4 QUALIFICA: _____	COGNOME:	NOME:	DATA di NASCITA:		LUOGO di NASCITA
	COMUNE/ CITTA'	VIA/PIAZZA	PROVINCIA:	CAP:	TELEFONO/ CELLULARE:
	CODICE FISCALE:		E-MAIL:		

5 QUALIFICA: _____	COGNOME:	NOME:	DATA di NASCITA:		LUOGO di NASCITA
	COMUNE/ CITTA'	VIA/PIAZZA	PROVINCIA:	CAP:	TELEFONO/ CELLULARE:
	CODICE FISCALE:		E-MAIL:		

DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTA (breve descrizione):

Classificazione Attività (1. prevalente 2. secondaria – barrare una sola scelta per colonna)

	1. Prevalente	2. Secondaria
Attività sportive e ricreative (equitazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività sportive rivolte a persone diversamente abili (eq. integrata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività socio sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività culturali e artistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività ecologiche e/o di educazione ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività educative e didattiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutela e difesa dei diritti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strutture residenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione (corsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pet - therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fattorie didattiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trekking, gite, passeggiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestazioni, eventi, gare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare): _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISCRIZIONE AD UN REGISTRO:

- Registro Nazionale delle Associazioni Sportive (Registro CONI n° _____)
- Registro Regionale del Volontariato
- Registro Provinciale del Volontariato
- Registro Regionale delle Associazioni di promozione sociale
- Registro Provinciale delle Associazioni di promozione sociale
- Registro Nazionale delle Associazioni di promozione sociale
- Non iscritta ad alcun registro
- Altro.....

IMPIANTI ED ATTREZZATURE:

N° Box _____ N° campi scuola _____ N° campi gara _____ N° cavalli/asini impiegati per le attività: _____
Tipo di monta _____ Discipline sportive praticate _____

Responsabile Tecnico (nome, cognome e qualifica) _____

ALTRE INFORMAZIONI:

Presenza sul territorio (n° sedi) _____ N° soci anno 2011-2012 _____

AREA UTENZA:

UTENTI (1. prevalenti 2. secondari)

	1. prevalenti	2. secondari
Minori (fino ad 11 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adolescenti (11 – 20 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulti (oltre i 20 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabili fisici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabili mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emarginati gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disagio sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcerati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tossicodipendenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poveri e famiglie povere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stranieri ed immigrati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malati terminali o cronici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcerati o ex carcerati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo e data _____

IL PRESIDENTE (Firma)

Il Coordinatore Nazionale di Equitabile® e la Segreteria Nazionale:

Accettano Non accettano

la domanda di affiliazione dell'Associazione richiedente

IL COORDINATORE NAZIONALE

LA SEGRETERIA NAZIONALE
