



ENTE NAZIONALE SPORTIVO ITALIANO

Sede Legale: Piazza delle Crociate, 2 - 00162 ROMA
Tel. 06 64220823 - Fax 06 64012334 - info 334 9734628
www.ensi.it - e-mail: info@ensi.it

Sede Estera: 43 - Rue des Eglises - 1060 - Bruxelles (Belgique)

DOMANDA DI AFFILIAZIONE ANNO _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ENSI (CIRCOLO) | <input type="checkbox"/> CONSUMATORI | <input type="checkbox"/> ENTE |
| <input type="checkbox"/> ASS. PROMOZ. SOCIALE | <input type="checkbox"/> SPORT PARALIMPICO | <input type="checkbox"/> ENSITOUR |
| <input type="checkbox"/> ASS. VOLONTARIATO | <input type="checkbox"/> PATRONATO | <input type="checkbox"/> SOC. SPORTIVA |

DENOMINAZIONE	C.F. e P.I.	ANNO 1° ISCRIZIONE
---------------	-------------	--------------------

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	NUM. CODICE ATTRIB.
-----------	--------	--------	---------------------

PROV.	REGIONE	PREFISSO	TELEFONO	FAX
-------	---------	----------	----------	-----

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA PRESIDENTE	ASSICURAZIONE RICHIESTA (BARRARE LA CASELLA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	-----------------	----------------------	--

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
-----------	--------	--------	-------

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA VICE PRESIDENTE	ASSICURAZIONE RICHIESTA (BARRARE LA CASELLA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	-----------------	---------------------------	--

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
-----------	--------	--------	-------

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA SEGRETARIO	ASSICURAZIONE RICHIESTA (BARRARE LA CASELLA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	-----------------	----------------------	--

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
-----------	--------	--------	-------

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA CONSIGLIERE	ASSICURAZIONE RICHIESTA (BARRARE LA CASELLA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	-----------------	-----------------------	--

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
-----------	--------	--------	-------

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA CONSIGLIERE	ASSICURAZIONE RICHIESTA (BARRARE LA CASELLA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	-----------------	-----------------------	--

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.
-----------	--------	--------	-------

Informazioni sulla società (barrare le caselle o inserire i codici)

<input type="checkbox"/> Affiliato solo all'ENSI <input type="checkbox"/> Affiliato alla federazione CONI Quale : _____	ATTIVITA <input type="checkbox"/> Monosportiva <input type="checkbox"/> Polisportiva	ATTIVITA <input type="checkbox"/> Monosportiva <input type="checkbox"/> Polisportiva	ATTIVITA <input type="checkbox"/> Monosportiva <input type="checkbox"/> Polisportiva
	Attività praticate (inserire i codici)		

Il sottoscritto Presidente CHIEDE l'affiliazione all'ENSI per l'anno _____ e DICHIARA, NELL'ACCETTARE LO Statuto ed i regolamenti dell'Ente, di non essere affiliato ad altro Ente e di promozione che tutti i tesserati sono in possesso della idonea certificazione medica per l'attività praticata.

DATA	DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ	RILASCIATO IL
	N°	

IL PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ

VISTO COMITATO REGIONALE

VISTO COMITATO PROVINCIALE