

Domanda di Affiliazione

Dichiaro che il sottoscritto rappresenta l'associazione indicata, regolarmente costituita e munita di Codice Fiscale, e richiede l'iscrizione presso US ACLI a livello Provinciale. Confermo inoltre che il rappresentante legale dell'associazione ha facoltà di impegnare e rappresentare l'associazione stessa in conformità alle normative US ACLI e ai regolamenti vigenti. Essendo consapevole delle responsabilità legali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto sopra.

Associazione/Società (tutti i campi sono obbligatori)

Denominazione

Polisportiva Codice Fiscale P.IVA

Gruppo Sportivo se *SI* indicare

[SME Stato Maggiore Esercito SMM Stato Maggiore Marina SMA Stato Maggiore Aeronautica ADC Arma dei Carabinieri PDS Polizia di Stato GDF Guardia di Finanza VDF Corpo dei Vigili del Fuoco CFS Corpo Forestale dello Stato POP Polizia Penitenziaria]

Di essere un'associazione/società: Creativa/Culturale/Sportiva/Altro

Natura giuridica SI/NO *con/senza* personalità giuridica

per SSD Amministratore Unico SI/NO

Sede Legale (tutti i campi sono obbligatori)

Indirizzo CAP COMUNE
e-mail: Cellulare/Telefono

Impianti/strutture/campi sportivi

Impianti utilizzati **Titolo d'uso**
Indirizzo **CAP** **COMUNE**

Responsabile Legale/Presidente/Amministratore Unico (tutti i campi sono obbligatori)

Nome Cognome Cod. Fisc data di nascita Luogo di nascita
e-mail: Cellulare/Telefono

Consiglio (la qualifica è un campo obbligatorio/3 sono obbligatori)

[Segretario, Tesoriere, Amministratore etc.. sono da considerarsi deleghe da non riportare]

Qualifica Vice Presidente	Nominativo	Cod. Fisc.	<input type="text"/>				
Qualifica Consigliere	Nominativo	Cod. Fisc.	<input type="text"/>				
Qualifica	Nominativo	Cod. Fisc.	<input type="text"/>				
Qualifica	Nominativo	Cod. Fisc.	<input type="text"/>				
Qualifica	Nominativo	Cod. Fisc.	<input type="text"/>				

*[allegare alla presente ultimo verbale di modifica cariche sociali/se nuova associazione basta atto Costitutivo]
[Se presenti altri Consiglieri farà fede il verbale allegato]*

Atto Costitutivo/Statuto (tutti i campi sono obbligatori)

Data Costituzione	Data Reg. Atto	Estremi Reg. Atto
Agenzia delle Entrate di	Data Reg. Statuto	Estremi Reg. Statuto
In caso di notaio	Num. Reportorio	Num. Raccolta

CHIEDE L'AFFILIAZIONE USACLI

Discipline praticate con US ACLI (campo obbligatorio)

Responsabile della protezione a tutela dei minori e per la prevenzione delle molestie, violenza di genere e ogni altra condizione di discriminazione

Svolge attività con i minori *SI/NO*

Nome **Cognome**

Cod. Fisc. [REDACTED]

L'associazione adotta il **MOG - modello organizzativo di Gestione e controllo**

conformi alle Linee Guida adottate da US ACLI SI/NO

[Inviare il MOG al responsabile Nazionale delle Politiche di Safeguarding di US ACLI alla mail ufficiogarante@us.acli.it]

Attività con disabili

l'associazione/società svolge attività con disabili SI/NO

Specificare: Altra disabilità/Fisici/Sens. Non U denti/sens. Non vedenti/Intellettivi Relazionali

Rilascio nullaosta somministrazione di Alimenti e Bevande (mescita)

L'associazione/società richiede il rilascio SI/NO

RUNTS

La compilazione dei dati conferisce al presente valore di istanza di adesione alla rete associativa nazionale USACLI APS ETS e delega all'inserimento.

Associazione è iscritta al registro unico nazionale del terzo settore (RUNTS) **SI/NO**

Richiesta di iscrizione al RUNTS con adesione alla rete associativa USACLI APS ETS **SI/NO**

[in caso affermativo è obbligatorio allegare il mandato di iscrizione firmato scaricabile dal programma una volta affiliata l'associazione]

Timbro e Firma Associazione/ Società

Documenti da allegare obbligatoriamente per poter essere iscritti nel registro nazionale RASD/RUNTS

Copia Atto Costitutivo e Statuto + Fotocopia del documento d'identità del legale rappresentante + certificato attribuzione C.F+ eventuali verbali di modifiche statutarie e/o cariche sociali

PARTE RISERVATA AL COMITATO PROVINCIALE US Acli o all'associazione nazionale proponente

Il Comitato provinciale / La Presidenza nazionale dell'Associazione nazionale di in data visto lo statuto e la documentazione relativa, preso atto di quanto dichiarato nel presente modulo e verificata l'autenticità della firma del Presidente propone/accetta la presente domanda di affiliazione.

La Presidenza Provinciale
(timbro e firma)

PARTE RISERVATA ALLA PRESIDENZA NAZIONALE

La presente domanda è stata ratificata in data

cod. affiliazione attribuito alla società

La Presidenza Nazionale
(timbro e firma)