



Domanda di ..... affiliazione per l'anno .....

Società		Cod. Soc.:		
Settore		Regione:		
Sede Sociale: Via:		E-Mail:		
CAP:	Città:	Telefono:		
<b>Recapito postale c/o Sig.:</b> (Via-CAP-Città)				
Carica	Cognome e Nome	Indirizzo	CAP	Città
Presidente				
V. Presidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Segretario				
Medico				
Anno di fondazione		Anno di prima affiliazione		Tel. Palestra
E-MAIL				
Indirizzo Palestra	Via:	CAP:	Città:	
Presa conoscenza del R.O., dichiaro di assumermi per l'anno in corso la responsabilità dell'insegnamento della disciplina presso la scrivente Società.				
_____ COGNOME E NOME DEL DIRETTORE TECNICO		_____ FIRMA		
La Società scrivente si affilia alla FIKTA per l'anno ..... dichiarando di accettare lo statuto e regolamenti.				
_____ LUOGO E DATA		_____ TIMBRO	_____ FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA SOCIETA'	
<b>Parere del Comitato Regionale (solo per le nuove affiliazioni)</b>				
_____ LUOGO E DATA		_____ TIMBRO	_____ FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITATO REGIONALE	