

# DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE ALLA FMSI

Modulo F96, rev. 0 - 09/12/2018



Il Sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità di Presidente *pro tempore*  
dell'Associazione Medico Sportiva Dilettantistica di \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

presenta  
domanda di riaffiliazione per l'anno \_\_\_\_\_

All'uopo, dichiara che il **Consiglio Direttivo Sociale** è così composto:

Presidente: \_\_\_\_\_

**Consiglieri:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

**Collegio Probiviri:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**Collegio Sindaci (ove eletto):**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Per i fini di cui sopra, acclude la documentazione prevista dal art. 2.2 del Regolamento allo Statuto, *sub allegato A*.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Presidente della AMS

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

# DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE ALLA FMSI

Modulo F96, rev. 0 – 09/12/2018



Domanda di riaffiliazione AMS \_\_\_\_\_ - Anno \_\_\_\_\_

## Elenco documentazione *sub allegato A* [barrare la casella corrispondente]

- Attestazione di avvenuto pagamento della quota annuale di Riaffiliazione;
- Attestazioni di avvenuto di pagamento delle quote annuali di tesseramento dei componenti del Consiglio Direttivo ovvero dichiarazione sostitutiva in caso di pagamento effettuato *online*;
- Dettagliata e documentata relazione tecnico-amministrativa sull'attività svolta nell'anno precedente;
- Parere del Comitato/Delegazione Regionale FMSI, *sub allegato B*;
- (*Eventuale*) Istanza di deroga, ove ricorrano i presupposti ex art.3.9 dello Statuto Federale.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Presidente della AMS

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

# DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE ALLA FMSI

Modulo F96, rev. 0 – 09/12/2018



## Modello parere del Comitato/Delegazione Regionale FMSI per domanda di riaffiliazione AMS

*Sub allegato B [da redigere su carta intestata del CR]*

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità di Presidente *pro tempore*  
del Comitato/Delegazione Regionale FMSI \_\_\_\_\_  
vista la domanda di riaffiliazione dell'AMS \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_  
valutata la conformità della documentazione alle previsioni regolamentari applicabili

esprime

- parere favorevole  
 parere non favorevole

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Presidente CR / Delegato Regionale FMSI

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

# DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE ALLA FMSI

Modulo F96, rev. 0 - 09/12/2018



## Modello richiesta di deroga per riaffiliazione AMS

**Sub allegato C [da redigere su carta intestata dell'Associazione]**

Il Sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità di Presidente *pro tempore*  
dell'Associazione Medico Sportiva Dilettantistica di \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

chiede

a codesto rispettabile Consiglio Federale di concedere all'Associazione che egli rappresenta la deroga ai sensi  
dell'art.3, comma 9, dello Statuto Federale, al fine di consentirne la riaffiliazione per l'anno \_\_\_\_\_

e dichiara

all'uopo, la sussistenza dei presupposti di cui alle soprarichiamate disposizioni statutarie.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Presidente della AMS

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)