



FEDERAZIONE ITALIANA SPORT DEL GHIACCIO

Domanda di Prima Affiliazione

Anno Sportivo **2025 - 2026**

La Società: A.S.D. _____ sito web: _____

Con sede in _____ Indirizzo: _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

e-mail _____ indirizzo PEC: _____ tel. _____

CHIEDE ALLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT DEL GHIACCIO la affiliatura per i seguenti settori:

- ☐ CURLING ☐ FIGURA ☐ HOCKEY ☐ STOCK SPORT ☐ VELOCITA' ☐ ICE SLEDGE HOCKEY ☐ WHEELCHAIR CURLING
- ☐ Artistico ☐ Pista Lunga
- ☐ Danza ☐ Short track
- ☐ Sincronizzato

A tal fine allega tutta la documentazione prevista dal R.O.F. e **DICHIARA** di conoscere ed accettare incondizionatamente lo Statuto ed i Regolamenti della F.I.S.G. e del C.O.N.I. e degli Organi Internazionali a cui la F.I.S.G. aderisce e **di svolgere la propria attività presso il seguente impianto:**

☐ Naturale ☐ Artificiale - di dimensioni (_____) usufruito a titolo di: ☐ Affitto ☐ Proprietà ☐ Concessione

si richiede il **Tesseramento** di:

Presidente (Legale Rappresentante):

Cognome e Nome nato il _____ nato a _____ prov. _____

Indirizzo C.A.P. _____ Città _____ prov. _____ Telefono _____

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail _____

cellulare _____

Vice Presidente:

Cognome e Nome nato il _____ nato a _____ prov. _____

Indirizzo C.A.P. _____ Città _____ prov. _____ Telefono _____

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail _____

cellulare _____

Dirigente Sociale:

Cognome e Nome nato il _____ nato a _____ prov. _____

Indirizzo C.A.P. _____ Città _____ prov. _____ Telefono _____

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail _____

cellulare _____

Dirigente Sociale:

Cognome e Nome nato il _____ nato a _____ prov. _____

Indirizzo C.A.P. Città prov. Telefono

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail

cellulare

Dirigente Sociale:

Cognome e Nome nato il nato a prov.
Indirizzo C.A.P. Città prov. Telefono

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail

cellulare

Medico:

Cognome e Nome nato il nato a prov.
Indirizzo C.A.P. Città prov. Telefono

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail

cellulare

SOCIO (tesserato con compiti ausiliari e di supporto – accompagnatore – art. 19 del R.A.T.)

Cognome e Nome nato il nato a prov.
Indirizzo C.A.P. Città prov. Telefono

CODICE FISCALE – OBBLIGATORIO

e.mail

cellulare

Si comunica inoltre che i sottoelencati dirigenti sono autorizzati ad assumere impegni per conto di questa Società ed in caso di mio impedimento od assenza firmeranno, nell'ambito dei specifici settori di competenza, come segue:

Cognome e Nome _____ che firmerà _____
Cognome e Nome _____ che firmerà _____
Cognome e Nome _____ che firmerà _____
Cognome e Nome _____ che firmerà _____

IMPORTANTE: per le qualifiche dei dirigenti ed ausiliari si prega di utilizzare le seguenti abbreviazioni:

- PR (presidente), VP (vice presidente); DS (dirigente sociale); ME (medico); MA (massaggiatore); PO (pres. onorario).

-.

- Per il tesseramento dei medici occorre allegare copia del certificato di iscrizione all'ordine dei medici.

DICHIARO inoltre di conoscere l'informativa, predisposta da FISG ai sensi e per gli effetti del d. lgs. 196/2003, disponibile nel sito www.fisg.it ed AUTORIZZO, come sotto dettagliato il trattamento dei dati :

per i pt. da 1 a 4 del par. 2 dell'informativa presto il consenso ☐ nego il consenso ☐ _____
(firma leggibile del Presidente)

per il pt. 5 del par. 2 dell'informativa presto il consenso ☐ nego il consenso ☐ _____
(firma leggibile del Presidente)

(timbro e firma del Legale rappresentante della Società)

Data _____

Visto dell'Organo Territoriale _____

