



FEDERAZIONE ITALIANA SPORT DEL GHIACCIO

Domanda di Prima Affiliazione

Anno Sportivo **2026 - 2027**

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

Con sede in _____ Indirizzo: _____ CAP _____

Codice Fiscale. _____ Partita.IVA _____

e-mail _____ indirizzo PEC: _____ tel. _____

IBAN _____

CHIEDE ALLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT DEL GHIACCIO la affiliazione 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 (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 _____

