



Il Sottoscritto Dr./Dr.ssa _____ in qualità di Presidente
dell'Associazione Medico Sportiva Dilettantistica di _____
con sede in _____ via _____ cap _____
telefono _____ fax _____ Email: _____

presenta domanda di Riaffiliazione per l'anno 2018

Consiglio Direttivo Sociale:

Presidente: _____ E-mail: _____

Consiglieri:

1) _____ E-mail: _____

2) _____ E-mail: _____

3) _____ E-mail: _____

4) _____ E-mail: _____

5) _____ E-mail: _____

6) _____ E-mail: _____

Collegio Provirivi:

1) _____ E-mail _____

2) _____ E-mail: _____

3) _____ E-mail: _____

Collegio Sindaci (se eletto):

1) _____ E-mail: _____

2) _____ E-mail: _____

3) _____ E-mail: _____

Data, _____

Il Presidente della AMS

(Timbro e Firma)

N.B. Si prega di compilare in stampatello

(domanda di riaffiliazione)/2

Allegati (art. 2.2 del Regolamento allo Statuto):

- Ricevuta di pagamento della quota annuale di Riaffiliazione;
- Ricevute di pagamento delle quote annuali di Tesseramento dei componenti del Consiglio Direttivo;
- Dettagliata e documentata relazione tecnico amministrativa sull'attività svolta nell'anno precedente.

Parere del Comitato/Delegazione Regionale FMSI

Il Presidente del C.R./Delegato Regionale FMSI

(Timbro e Firma)

Data, _____

Modello R/018