



ALLA
FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA
ROMA

IL SOTTOSCRITTO _____ NELLA SUA QUALITA' DI PRESIDENTE
DELL'ASSOCIAZIONE MEDICO SPORTIVA DILETTANTISTICA DI _____
CON SEDE IN _____ VIA _____ CAP _____
TELEFONO _____ FAX _____ E-MAIL: "ISTITUZIONALE"

PRESENTA DOMANDA DI RIAFFILIAZIONE PER L'ANNO 2011

CONSIGLIO DIRETTIVO SOCIALE:

PRESIDENTE: _____ E-mail: _____

V. PRESIDENTE: _____ E-mail: _____

CONSIGLIERI:

1) _____ E-mail: _____

2) _____ E-mail: _____

3) _____ E-mail: _____

4) _____ E-mail: _____

5) _____ E-mail: _____

6) _____ E-mail: _____

COLLEGIO PROBIVIRI:

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 AMSD

(Timbro e Firma)

N.B. SI PREGA DI COMPILARE A MACCHINA O IN STAMPATELLO

(domanda di riaffiliazione)/2

SONO ALLEGATI (ART. 4.3 DEL REGOLAMENTO ALLO STATUTO):

- RICEVUTA DI PAGAMENTO DELLA TASSA FEDERALE DI RIAFFILIAZIONE
- RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA TASSA FEDERALE DI TESSERAMENTO DEI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
- DETTAGLIATA E DOCUMENTATA RELAZIONE TECNICO AMMINISTRATIVA SULL'ATTIVITA' SVOLTA NELL'ANNO PRECEDENTE
- ESTRATTO DEL VERBALE DELLE DELIBERE SOCIALI DA CUI RISULTINO I NOMINATIVI DEI COMPONENTI GLI ORGANI CON INDICAZIONE DEI RELATIVI POTERI DI RAPPRESENTANZA (PER IL 1° ANNO DI VIGENZA)

PARERE DEL COMITATO/ DELEGAZIONE REGIONALE FMSI

IL PRESIDENTE DEL C.R./DELEGATO REGIONALE FMSI

(Timbro e Firma)

DATA, _____