

AFFILIAZIONE A.S.D. FIT3KA

NOME_____ COGNOME_____ DATA DI NASCITA_____

NATO/A A _____ RESIDENTE A _____ PR _____

IN VIA _____ N. CIVICO _____ C.A.P. _____

TEL. _____

EMAIL _____

C.F. _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione A.S.D. FIT3KA

AUTORIZZO

di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;

d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e delle quote di partecipazione a seconda dell'attività scelta, sino a quando si sceglie di esserne socio;

O AUTORIZZO

O NON AUTORIZZO

Luogo e data

Firma

*allegare copia documento di riconoscimento e certificato medico