



La Società/Associazione Sportiva:

.....

con sede in (indirizzo completo e città):

.....

con Responsabile e Referente presso l'APS ATLETICA PESANTE ITALIA FIAP: (indicare nome, cognome e data di nascita)

.....

CHIEDE

di essere affiliata per l'anno 2025 alla ATLETICA PESANTE ITALIA APS per la partecipazione alle attività agonistiche, didattiche, sociali e promozionali svolte ed organizzate da FIAP o Atletica Pesante Italia o per tramite di altre società affiliate a quest'ultima o ai circuiti gare ed altre competizioni di EPS con i quali FIAP ASD e Atletica Pesante Italia fossero a loro volta affiliate e per il cui conto e tramite organizzassero eventi.

Dichiara di aver preso visione, condividere ed accettare le norme regolamentari su cui si fonda l'APS e l'intero circuito sportivo collegato, soprattutto il Regolamento Tecnico ed il Codice di Etica Sportiva, come pubblicati sul sito www.fiap-pl.it

Versa la prevista quota associativa stabilita in euro 70, fino al 15 gennaio 2025 ed euro 80,00 successivamente a tale data e fornisce i seguenti recapiti di contatto:

indirizzo e-mail:

Cell:

Letto e sottoscritto,

Data

il Presidente/Rappresentante/Referente tecnico,

FIRMA e timbro