**TESSERAMENTO CARICHE FEDERALI 2017/2018**

***DA COMPILARE AL COMPUTER O IN STAMPATELLO***

***Il/la sottoscritto/a:***

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato il | A  | Prov. |
| Cittadinanza | Residente in Via |
| CAP | Città | Prov. |
| Tel  | e-mail |
| **Codice fiscale (OBBLIGATORIO)** |

***Chiede il tesseramento alla FITw in qualità di :***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *LIVELLO* |  | *QUOTA* | *ASSICURAZIONE* | *TOTALE*  |
| Presidente Federale |  | € 98,00 | € 6,00 | € 104,00 |
| Consigliere Federale |  | € 68,00 | € 6,00 | € 74,00 |
| Presidente Regionale |  | € 58,00 | € 6,00 | € 64,00 |
| Consigliere Regionale |  | € 33,00 | € 6,00 | € 39,00 |
| Delegato Regionale |  | € 33,00 | € 6,00 | € 39,00 |
| Delegato Provinciale |  | € 33,00 | € 6,00 | € 39,00 |

(barrare la casella corrispondente al proprio livello di appartenenza)

A tal fine dichiara di aver versato la corrispondente quota di tesseramento.

**SI ALLEGA LA RICEVUTA DI PAGAMENTO**

La quota di tesseramento dovrà essere versata a mezzo BONIFICO BANCARIO a:

**Federazione Italiana Twirling**

**IBAN: IT40Q0200801116000102809908**

|  |
| --- |
| Apponendo la mia firma dichiaro di aver letto il d. lgs. 196/2003; in particolare sono a conoscenza della obbligatorietà del conferimento dei dati e degli effetti del rifiuto ai fini del tesseramento. A questo proposito: |
|  | * presto il consenso
 | * nego il consenso
 |  ……………………………………………………………………………………………(firma leggibile ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (luogo e data) |  | (firma leggibile) |

|  |
| --- |
| Il presente modulo, unitamente alla copia della ricevuta di pagamento della quota, va inviato a: |
| **FITw – Tesseramento - SEGRETERIA GENERALE** | **EMAIL: tesseramento@fitw.it** |  |