



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 2024 alla Atletica Pesante Italia APS – circuito FIAP ASD per la partecipazione alle attività agonistiche, didattiche, sociali e promozionali svolte ed organizzate di volta in volta da FIAP, Libertas o in proprio Atletica Pesante o per tramite di altre società affiliate.

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](http://www.fiap-pl.it)

Versa la prevista quota associativa stabilita in euro 70 e fornisce i seguenti recapiti di contatto:

indirizzo e-mail: .....

Cell: .....

Letto e Sottoscritto,

il Presidente/Rappresentante/Referente tecnico,

Data

FIRMA e timbro