|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoFSB | **RICHIESTA TESSERAMENTO DOMANDE D’AFFILIATION GESUCH ZUR LIZENZIERUNG** | **FSB/SBV**  **F01** |
| **Edizione - Edition Ausgabe**  **01.01.2021** |

**Il SOTTOSCRITTO / LE SOUSSIGNÉ / DER UNTERZEICHNETE:**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME, NOME  NOM, PRÉNOM  NAME, VORNAME |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INDIRIZZO  ADRESSE  ADRESSE |  | CAP  NAP  PLZ |  | LUOGO  LOCALITÈ  ORT |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA DI NASCITA  DATE DE NAISSANCE  GEBURTSDATUM |  | NAZIONALIÀ  NATIONALITÉ  NATIONALITÄT |  | SESSO  SEXE  GESCHLECHT |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDIRIZZO E-MAI  ADRESSE E-MAIL  E-MAIL ADRESSE |  | @ |  |

Preso visione degli statuti e dei regolamenti della FSB e dichiarato di adeguarvisi, chiede di essere tesserato presso a:

A pris connaissance des statuts de la FSB et, en déclarent les respecter, demande son affiliation au :

Nach Durchsicht der Statuten und Reglemente des SBV und gewillt, diese einzuhalten, wünsche ich Aktivmitglied zu werden beim:

|  |  |
| --- | --- |
| SOCIETÀ BOCCIOFILA  BOCCIA CLUB  BOCCIA-CLUB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FEDERAZIONE CANTONALE  FÉDÉRATION CANTONALE  KANTONALVERBAND |  |

**Solo /Seulement / Nur → U18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data  Lieu et date  Ort und Datum | Firma del rappresentante legale.  Signature du représentant legal.  Unterschrift des gesetzlichen Vertreters. | Firma del richiedente.  Signature du requérant.  Unterschrift des Gesuchstellers |
|  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| LA SOCIETÀ BOCCIOFILA  LE BOCCIA CLUB  DER BOCCIA-CLUB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FEDERAZIONE CANTONALE  FÉDÉRATION CANTONALE  KANTONALVERBAND |  |

Si fa garante che il richiedente non risulta tesserato presso la FSB o presso altre organizzazioni affiliate alla CBI/CER e dichiara di essere d’accordo di tesserarlo.

Après avoir vérifié que le requérant n’est en possession d’aucune licence FSB ou d’autre organisation affiliée à la CBI/CER, se déclare prêt à accepter son affiliation.

Bestätigt, dass der Gesuchsteller noch nicht beim SBV oder einer anderen Organisation des CBI/CER lizenziert ist. Er unterstützt das vorliegende Gesuch zur Lizenzerteilung.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data, Lieu et date, Ort und Datum |  | Timbro e firma della società  Timbre et signature du club  Stempel und Unterschrift des Vereins |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**INVIARE A: Centro tesseramento/centre d’affillation /Lizenzzentrale**

**ENVOYER À:** c/o Graziella Rapaglià, Zürcherstrasse 92 E, 8953 Dietikon

**SENDEN AN:** Info: MC900233341[1] 079 261 28 67 mail:[**tesseramento@federbocce.ch**](mailto:tesseramento@federbocce.ch)