

REGIONE

PROVINCIA

AFFILIAZIONE CIRCOLO PER L'ANNO 2026

Il sottoscritto nato a (.....) il

C.F. residente a (.....) cap

via n. e-mail

cell. tel. pec

in qualità di Presidente del CIRCOLO CTG

C.F. circolo con sede a (.....) cap

Via n. e-mail

Pec cell. tel.

sito internet.....

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA ED ACCETTARE LE FINALITÀ, LO STATUTO E REGOLAMENTI DELLA RETE CTG APS E CHIEDE DI ESSERE AFFILIATO/RIAFFILIATO PER L'ANNO 2026

Dichiara di accettare l'incarico al trattamento dei dati personali e si impegna a rispettare quanto riportato nella lettera d'incarico al trattamento dei dati personali.

INSERIRE UNA X NELLE CASELLE SOTTOSTANTI:

Il circolo è iscritto al RUNTS ☐	Numero di iscrizione al RUNTS:	è un APS ☐	è un ODV ☐	è un ETS ☐
Il circolo NON è iscritto al RUNTS ☐	Il circolo provvederà ad iscriversi autonomamente al RUNTS ☐	Il circolo chiede di essere iscritto al RUNTS da parte del CTG Nazionale ☐		
Il circolo è in fase di iscrizione al RUNTS ☐		Il circolo NON intende iscriversi al RUNTS ☐		

RISERVATO ALLA SEGRETERIA NAZIONALE

Data e Visto di regolarità	Data e Visto di quietanza

LUOGO E DATA.....

IL PRESIDENTE DEL CIRCOLO.....

**CONSIGLIO DIRETTIVO IN CARICA AL MOMENTO DELL'AFFILIAZIONE (MINIMO 3 PERSONE)
E' NECESSARIO CHE TUTTI QUESTI NOMINATIVI SIANO SALDATI CONTESTUALMENTE
ALL'INVIO DEL MODULO DI AFFILIAZIONE**

[illegible]

SI DICHIARA CHE QUESTI NOMINATIVI SARANNO INSERITI NEL PROGRAMMA DI TESSERAMENTO MY CTG CON LA SPECIFICA DELLA CARICA RICOPERTA. IN CASO DI MUTAMENTO SI PROCEDERA' ALLA RELATIVA COMUNICAZIONE E VARIAZIONE.

IL PRESIDENTE DI CIRCOLO