

MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 20__/20__ - ANNO 20__

Cod. Confisport Italia		Denominazione Associazione		(1) Tipo di Associazione ASNR ASR SOC		<input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE	
Con sede in:		Via				CAP	
Prov.	Tel.	Fax	e-mail				
	Cell.		sito internet				
C.F. / P.IVA		Attività <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA <input type="checkbox"/> Anno Sportivo (01/09 – 31/08) <input type="checkbox"/> Anno Solare (01/01 – 31/12)					
RECAPITO CORRISPONDENZA (se diverso dalla sede)							
Presso:				CAP		CITTA' PROV.	
Indirizzo				Telefono			

CONSIGLIO DIRETTIVO			
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	PRESIDENTE
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.

1) **Tipo di Associazione:** **ASNR** Associazione non riconosciuta – **ASR** Associazione riconosciuta – **SOC** Società di capitali e società cooperativa

2) **Qualifiche:** **VP** Vice Presidente – **SEG** Segretario – **TES** Tesoriere – **DT** Direttore Tecnico – **CONS** Consigliere

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, **chiede l'affiliazione alla Confisport Italia e all'ASI** e dichiara di accettare gli statuti, i regolamenti, le normative del CONI e tutte le disposizioni emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dalla Confisport Italia, che porterà a conoscenza di tutti gli associati, che si impegnano a non richiedere il risarcimento dei danni alla Confisport Italia o all'ASI per infortuni non rimborsati dalla Società di assicurazione.

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, dichiara che tutti gli atleti, tecnici e dirigenti tesserati con la propria associazione partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dalla Confisport Italia in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago.

Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa relativa al trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere, al fine di autorizzare la Confisport Italia ad utilizzare e gestire, per i suoi fini istituzionali, i nominativi dei propri soci tesserati.

Si allegano atto costitutivo, statuto conformi alle vigenti leggi e ultimo verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio Direttivo.

Documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ di _____ in data _____

Firma del Presidente

_____, li, _____

DISCIPLINE SPORTIVE

Codice Attività	Maschile/Femminile	Anche Federazioni
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AFFILIATO AD ALTRI E.P.S.

☐ SI ☐ NO

QUALI?

SVOLGE ATTIVITA' CULTURALE

- ① con continuità
- ② saltuariamente
- ③ non praticata

AMBITO DELL'ATTIVITA'

- ① parrocchia
- ② scuola
- ③ circolo
- ④ azienda
- ⑤ gruppo spontaneo
- ⑥ altro, specificare _____

Comitato Regionale/Provinciale di _____ Il Presidente Regionale/Provinciale _____

Data, _____

La Confisport Italia accetta l'affiliazione

Roma, _____

La Segreteria

MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 20__/20__ - ANNO 20__

Cod. Confsport Italia		Denominazione Associazione		(1) Tipo di Associazione ASNR ASR SOC		<input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE	
Con sede in:		Via				CAP	
Prov.	Tel.	Fax	e-mail				
	Cell.		sito internet				
C.F. / P.IVA		Attività <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA <input type="checkbox"/> Anno Sportivo (01/09 – 31/08) <input type="checkbox"/> Anno Solare (01/01 – 31/12)					
RECAPITO CORRISPONDENZA (se diverso dalla sede)							
Presso:				CAP		CITTA' PROV.	
Indirizzo				Telefono			

CONSIGLIO DIRETTIVO			
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	PRESIDENTE
Indirizzo		CAP	Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Prov.

1) **Tipo di Associazione:** **ASNR** Associazione non riconosciuta – **ASR** Associazione riconosciuta – **SOC** Società di capitali e società cooperativa

2) **Qualifiche:** **VP** Vice Presidente – **SEG** Segretario – **TES** Tesoriere – **DT** Direttore Tecnico – **CONS** Consigliere

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, **chiede l'affiliazione alla Confsport Italia e all'ASI** e dichiara di accettare gli statuti, i regolamenti, le normative del CONI e tutte le disposizioni emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dalla Confsport Italia, che porterà a conoscenza di tutti gli associati, che si impegnano a non richiedere il risarcimento dei danni alla Confsport Italia o all'ASI per infortuni non rimborsati dalla Società di assicurazione.

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, dichiara che tutti gli atleti, tecnici e dirigenti tesserati con la propria associazione partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dalla Confsport Italia in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago.

Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa relativa al trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere, al fine di autorizzare la Confsport Italia ad utilizzare e gestire, per i suoi fini istituzionali, i nominativi dei propri soci tesserati.

Si allegano atto costitutivo, statuto conformi alle vigenti leggi e ultimo verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio Direttivo.

Documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ di _____ in data _____

Firma del Presidente

_____, li, _____

DISCIPLINE SPORTIVE

Codice Attività	Maschile/Femminile	Anche Federazioni
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AFFILIATO AD ALTRI E.P.S.

☐ SI ☐ NO

QUALI?

SVOLGE ATTIVITA' CULTURALE

- ① con continuità
- ② saltuariamente
- ③ non praticata

AMBITO DELL'ATTIVITA'

- ① parrocchia
- ② scuola
- ③ circolo
- ④ azienda
- ⑤ gruppo spontaneo
- ⑥ altro, specificare _____

Comitato Regionale/Provinciale di _____ Il Presidente Regionale/Provinciale _____

Data, _____

La Confsport Italia accetta l'affiliazione

Roma, _____

La Segreteria

MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 20__/20__ - ANNO 20__

Cod. Confsport Italia		Denominazione Associazione		(1) Tipo di Associazione ASNR ASR SOC		<input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE	
Con sede in:		Via				CAP	
Prov.	Tel.	Fax	e-mail				
	Cell.		sito internet				
C.F. / P.IVA		Attività <input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA <input type="checkbox"/> Anno Sportivo (01/09 – 31/08) <input type="checkbox"/> Anno Solare (01/01 – 31/12)					
RECAPITO CORRISPONDENZA (se diverso dalla sede)							
Presso:				CAP		CITTA' PROV.	
Indirizzo				Telefono			

CONSIGLIO DIRETTIVO			
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	PRESIDENTE
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.

1) **Tipo di Associazione:** **ASNR** Associazione non riconosciuta – **ASR** Associazione riconosciuta – **SOC** Società di capitali e società cooperativa

2) **Qualifiche:** **VP** Vice Presidente – **SEG** Segretario – **TES** Tesoriere – **DT** Direttore Tecnico – **CONS** Consigliere

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, **chiede l'affiliazione alla Confsport Italia e all'ASI** e dichiara di accettare gli statuti, i regolamenti, le normative del CONI e tutte le disposizioni emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dalla Confsport Italia, che porterà a conoscenza di tutti gli associati, che si impegnano a non richiedere il risarcimento dei danni alla Confsport Italia o all'ASI per infortuni non rimborsati dalla Società di assicurazione.

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, dichiara che tutti gli atleti, tecnici e dirigenti tesserati con la propria associazione partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dalla Confsport Italia in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago.

Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa relativa al trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere, al fine di autorizzare la Confsport Italia ad utilizzare e gestire, per i suoi fini istituzionali, i nominativi dei propri soci tesserati.

Si allegano atto costitutivo, statuto conformi alle vigenti leggi e ultimo verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio Direttivo.

Documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ di _____ in data _____

Firma del Presidente

_____ li, _____

DISCIPLINE SPORTIVE

Codice Attività	Maschile/ Femminile	Anche Federazioni
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AFFILIATO AD ALTRI E.P.S.

☐ SI ☐ NO

QUALI?

SVOLGE ATTIVITA' CULTURALE

- ① con continuità
- ② saltuariamente
- ③ non praticata

AMBITO DELL'ATTIVITA'

- ① parrocchia
- ② scuola
- ③ circolo
- ④ azienda
- ⑤ gruppo spontaneo
- ⑥ altro, specificare _____

Comitato Regionale/Provinciale di _____ Il Presidente Regionale/Provinciale _____

Data, _____

La Confsport Italia accetta l'affiliazione

Roma, _____

La Segreteria

MODULO AFFILIAZIONE / RIAFFILIAZIONE ANNO 20__/20__ - ANNO 20__

Cod. Confesport Italia		Denominazione Associazione		(1) Tipo di Associazione ASNR ASR SOC		<input type="checkbox"/> 1^ AFFILIAZIONE <input type="checkbox"/> RIAFFILIAZIONE	
Con sede in:		Via				CAP	
Prov.	Tel.	Fax	e-mail				
	Cell.		sito internet				
C.F. / P.IVA		<input type="checkbox"/> MONOSPORTIVA <input type="checkbox"/> POLISPORTIVA <input type="checkbox"/> TEMPORANEA		Attività <input type="checkbox"/> Anno Sportivo (01/09 – 31/08) <input type="checkbox"/> Anno Solare (01/01 – 31/12)			
RECAPITO CORRISPONDENZA (se diverso dalla sede)							
Presso:				CAP		CITTA' PROV.	
Indirizzo				Telefono			

CONSIGLIO DIRETTIVO			
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	PRESIDENTE
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.
n. tessera	Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica (2)
Indirizzo		CAP	Comune Prov.

1) **Tipo di Associazione:** **ASNR** Associazione non riconosciuta – **ASR** Associazione riconosciuta – **SOC** Società di capitali e società cooperativa

2) **Qualifiche:** **VP** Vice Presidente – **SEG** Segretario – **TES** Tesoriere – **DT** Direttore Tecnico – **CONS** Consigliere

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, **chiede l'affiliazione alla Confesport Italia e all'ASI** e dichiara di accettare gli statuti, i regolamenti, le normative del CONI e tutte le disposizioni emanate dai predetti, di essere a conoscenza della polizza assicurativa stipulata dalla Confesport Italia, che porterà a conoscenza di tutti gli associati, che si impegnano a non richiedere il risarcimento dei danni alla Confesport Italia o all'ASI per infortuni non rimborsati dalla Società di assicurazione.

Il sottoscritto, Presidente dell'associazione sopraindicata, dichiara che tutti gli atleti, tecnici e dirigenti tesserati con la propria associazione partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dalla Confesport Italia in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago.

Dichiara inoltre che tutti gli associati sono in possesso di idonea certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che gli stessi hanno aderito a quanto previsto dalla nota informativa relativa al trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003 letta da ogni interessato, che ha espresso il proprio parere, al fine di autorizzare la Confesport Italia ad utilizzare e gestire, per i suoi fini istituzionali, i nominativi dei propri soci tesserati.

Si allegano atto costitutivo, statuto conformi alle vigenti leggi e ultimo verbale dell'assemblea di nomina del Consiglio Direttivo.

Documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ di _____ in data _____

Firma del Presidente

_____, li, _____

DISCIPLINE SPORTIVE

Codice Attività	Maschile/Femminile	Anche Federazioni
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AFFILIATO AD ALTRI E.P.S.

☐ SI ☐ NO

QUALI?

SVOLGE ATTIVITA' CULTURALE

- ① con continuità
- ② saltuariamente
- ③ non praticata

AMBITO DELL'ATTIVITA'

- ① parrocchia
- ② scuola
- ③ circolo
- ④ azienda
- ⑤ gruppo spontaneo
- ⑥ altro, specificare _____

Comitato Regionale/Provinciale di _____ Il Presidente Regionale/Provinciale _____

Data, _____

La Confesport Italia accetta l'affiliazione

Roma, _____

La Segreteria

CODICI DELLE ATTIVITA' SVOLTE

<input type="checkbox"/> AER	Aeromodellismo	<input type="checkbox"/> LU	Ludoteche
<input type="checkbox"/> AET	Alpinismo, Escursione/Trekking	<input type="checkbox"/> MBC	Marcia
<input type="checkbox"/> ATL	Atletica Leggera	<input type="checkbox"/> MOT	Motociclismo
<input type="checkbox"/> CR	Attività Circoli	<input type="checkbox"/> MTB	Mountain Bike
<input type="checkbox"/> PR	Attività Circoli Parrocchiali	<input type="checkbox"/> NUO	Nuoto
<input type="checkbox"/> SC	Attività Circoli Studenteschi	<input type="checkbox"/> NAQ	Nuoto Aquafitness
<input type="checkbox"/> DIS	Attività Diversamente Abili	<input type="checkbox"/> NGF	Nuoto Gran Fondo
<input type="checkbox"/> AM	Attività Motoria	<input type="checkbox"/> NSA	Nuoto per Salvamento
<input type="checkbox"/> AR	Attività Ricreativa	<input type="checkbox"/> NPI	Nuoto Pinnato
<input type="checkbox"/> SUB	Attività Subacquee	<input type="checkbox"/> NSY	Nuoto Sincronizzato
<input type="checkbox"/> ATM	Automodellismo	<input type="checkbox"/> NTF	Nuoto Tuffi
<input type="checkbox"/> BAD	Badminton	<input type="checkbox"/> ORI	Orientamento
<input type="checkbox"/> BAS	Baseball/Softball	<input type="checkbox"/> PCA	Pallacanestro
<input type="checkbox"/> BIG	Bigliardino	<input type="checkbox"/> PMA	Pallamano
<input type="checkbox"/> BIL	Biliardo	<input type="checkbox"/> PNU	Pallanuoto/Acquagoal
<input type="checkbox"/> BOC	Bocce	<input type="checkbox"/> PVO	Pallavolo/Beach Volley/Minivolley
<input type="checkbox"/> BOW	Bowling	<input type="checkbox"/> PTG	Pattinaggio
<input type="checkbox"/> BRI	Bridge	<input type="checkbox"/> PEN	Pentathlon Moderno
<input type="checkbox"/> CAL	Calcio/Calcio a 5/Calcio a 7	<input type="checkbox"/> PSP	Pesca Sportiva
<input type="checkbox"/> CAK	Canoa – Kayak	<input type="checkbox"/> PES	Pesistica/Body Building
<input type="checkbox"/> CAN	Canottaggio	<input type="checkbox"/> RUG	Rugby
<input type="checkbox"/> CF	Centri di Formazione	<input type="checkbox"/> SCA	Scacchi
<input type="checkbox"/> CIC	Ciclismo/Ciclorally/Cicloturismo	<input type="checkbox"/> SCH	Scherma
<input type="checkbox"/> DAM	Dama	<input type="checkbox"/> SCI	Sci
<input type="checkbox"/> DAC	Danza Classica	<input type="checkbox"/> SNB	Snowboard
<input type="checkbox"/> DAD	Danza Moderna	<input type="checkbox"/> EQU	Sport Equestri
<input type="checkbox"/> DSP	Danza Sportiva	<input type="checkbox"/> SQU	Squash
<input type="checkbox"/> FIT	Fitness	<input type="checkbox"/> TAE	Taekwondo
<input type="checkbox"/> GAE	Ginnastica Aerobica	<input type="checkbox"/> TAM	Tamburello
<input type="checkbox"/> GAF	Ginnastica Artistica Femminile	<input type="checkbox"/> TEN	Tennis
<input type="checkbox"/> GAM	Ginnastica Artistica Maschile	<input type="checkbox"/> TTA	Tennis Tavolo
<input type="checkbox"/> GIN	Ginnastica Generale	<input type="checkbox"/> TIR	Tiro a segno
<input type="checkbox"/> GRI	Ginnastica Ritmica	<input type="checkbox"/> TAR	Tiro con l'arco
<input type="checkbox"/> GOL	Golf	<input type="checkbox"/> TRI	Triathlon
<input type="checkbox"/> HOC	Hockey	<input type="checkbox"/> TWI	Twirling
<input type="checkbox"/> JUD	Judo	<input type="checkbox"/> VEL	Vela
<input type="checkbox"/> JUJ	Ju-Jitsu	<input type="checkbox"/> WHE	Wheelchair Hockey
<input type="checkbox"/> KAR	Karate	<input type="checkbox"/> WSU	Windsurf e Surf
<input type="checkbox"/> KEN	Kendo	<input type="checkbox"/> WUS	Wushu
<input type="checkbox"/> KRI	Krichet	<input type="checkbox"/> YO	Yoga
<input type="checkbox"/> KFT	Kung Fu – Emei Siu	<input type="checkbox"/> Altro	_____
<input type="checkbox"/> LOT	Lotta		