

**Al  
Comitato Periferico  
MSP**

\_\_\_\_\_ del MSP Italia

**Società**

**Indirizzo**

**Codice Società MSP**

**RICHIESTA NULLA OSTA PER CIRCOLI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ domiciliato in \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Presidente dell'Associazione Sportiva

\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

regolarmente affiliata al MSP Italia Comitato MSP di

\_\_\_\_\_ per l'anno 200 \_\_\_/ 200 \_\_\_ con statuto presentato al suddetto Comitato in allegato alla domanda di affiliazione,

**DICHIARA**

1. di espletare esclusivamente nel circolo dell'Associazione le attività comprese nell'oggetto sociale obbligandosi a dare tempestiva comunicazione al MSP Italia di ogni variazione di attività;
2. di essere a conoscenza che la somministrazione di alimenti e bevande e la vendita di generi alimentari e vari, dovrà essere effettuata in locali non aperti al pubblico ed esclusivamente a favore dei propri soci;

**E RICHIEDE IL RILASCIO DEI SEGUENTI NULLA OSTA:**

- gestione spaccio generi alimentari, vari e mensa, gestione alimenti e bevande alcoliche e superalcoliche
- dichiarazione di appartenenza al MSP Italia per l'applicazione delle convenzioni SIAE ;
- Certificato di affiliazione al MSP Italia.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che l'affiliazione ed il tesseramento di almeno cento soci al MSP Italia dovranno essere rinnovati ogni anno.

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente della Società

Comitato Periferico MSP \_\_\_\_\_

**Modulo n. 1**  
(2007/2008)

Al  
MSP Italia

Via C. Colombo, 436  
00145 ROMA

## **Richiesta di Nulla Osta**

Per la Società \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Vi richiediamo per la società a margine indicata, di cui siamo in possesso dello statuto a noi presentato in allegato alla domanda di affiliazione, i seguenti Nulla Osta per:

- gestione spaccio generi alimentari, vari e mensa, gestione alimenti e bevande alcoliche e superalcoliche;
- dichiarazione di appartenenza al MSP Italia per l'applicazione delle convenzioni SIAE ;
- Certificato di affiliazione al MSP Italia.

Vi dichiariamo che la suddetta società è:

1. regolarmente affiliata al Comitato Periferico MSP di \_\_\_\_\_ cod. MSP n° \_\_\_\_\_;
2. ha almeno **cento soci** tesserati al MSP Italia per l'anno in corso;
3. non ci sono state variazioni degli organi sociali e rappresentativi rispetto all'anno 200\_\_\_\_(dichiarazione valida qualora il Comitato Periferico non trasmetta tutta la documentazione richiesta)

Allegiamo alla presente quanto qui di seguito indicato

1. Modulo di richiesta Nulla Osta debitamente firmato dal Presidente dell'Associazione con dichiarazione di svolgere esclusivamente attività compresa nell'oggetto sociale ed a favore dei propri soci tesserati;
2. fotocopia della domanda di affiliazione della società richiedente;
3. fotocopia del documento di identità del suo presidente;
4. Moduli di tesseramento MSP Italia di almeno 100 (cento) soci (originali)
5. Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente del Comitato Periferico MSP

**N.B.:** Da compilare a cura del Comitato Periferico MSP \_\_\_\_\_ e da inviare al MSP Nazionale. La spedizione dei Nulla Osta verrà effettuata entro dieci giorni dal ricevimento della richiesta.

AI  
MSP Italia

Via C. Colombo, 436  
00145 ROMA

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'  
PER RICHIESTA DI TESSERAMENTO AL MSP ITALIA  
SENZA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

presidente della Società \_\_\_\_\_

con \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ affiliata al MSP Italia / Comitato MSP

in data \_\_\_\_\_

**dichiara**

di aver stipulato, con decorrenza dal \_\_\_\_\_ una Polizza Assicurativa Infortuni e R.C. con la Società Assicuratrice \_\_\_\_\_, con capitali non inferiori a quelli assicurati dal MSP Italia, per la copertura dagli infortuni di tutti i propri soci, di cui richiederà il tesseramento al MSP Italia.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di esonerare il MSP Italia da ogni responsabilità inerente eventuali richieste di risarcimento dei danni da parte dei propri soci e da ogni controversia legale insorta a seguito di infortuni a loro non rimborsati, in quanto di esclusiva pertinenza della società rappresentata dal sottoscritto.

\_\_\_\_\_  
(data)

Il Presidente della Società

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Visto:

Il Presidente del Comitato Periferico MSP Italia

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(firma)

N.B.: Allegare fotocopia delle Polizze Infortuni ed R.C.