

## MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2019-2020

### relativa ad atleti e/o dirigenti dell'Associazione

Il sottoscritto, Presidente dell'Associazione a:, RICHIEDE il rilascio delle tessere UISP per l'anno sportivo 2019-2020 dei seguenti atleti e/o dirigenti riportati nella tabella sottostante.

Gli stessi, firmando, dichiarano di: **1) conoscere lo Statuto della UISP e le Norme di Partecipazione della SDA Calcio e di impegnarsi a rispettarli;** **2) di ricevere e sottoscrivere a parte l'informativa di cui all'art. 13 e, preso atto dei diritti di cui art. 7 del D.L. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 recante disposizioni - in materia di protezione dei dati personali;** **3) di consentire al trattamento dei dati previsto all'art. 23 della citata Legge e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) alla pubblicazione dei nominativi del socio tesserato nei Comunicati Ufficiali della SDA Calcio.**

Num	Tipo*	Ruolo**	Cognome	Nome	Nato il	Luogo di nascita	Indirizzo di residenza (Via, Viale, Corso, Piazza)	CAP e Località residenza	Firma leggibile dell'Atleta o del Dirigente che fa la richiesta di tesseramento UISP***
1									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
2									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
3									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
4									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
5									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
6									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
7									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
8									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						
9									
			Note della Segreteria del Calcio ==>						

**IMPORTANTE** : PER CIASCUN TESSERATO RIPOSTATO E' OBBLIGATORIO PRESENTARE DUE (2) FOTO FORMATO TESSERA E FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' PERSONALE NON SCADUTO.

\* **Legenda T (tipo tessera):** (D = Dirigente) - (A = Atleta di età ≥ a 16 anni) - (G = Atleta di età ≤ a 16 anni)

\*\* **Legenda R (tipo ruolo):** (R1 = Dirigente) - (R2 = Tecnico/Allenatore) - (R3 = Giudice-Arbitro)

\*\*\* Nei casi di **minorenni** la FIRMA OBBLIGATORIA è di uno dei GENITORI, se separati di entrambi i genitori.

### LIBERATORIA PER IL COMITATO TERRITORIALE UISP DI CAGLIARI

**DICHIARO** altresì di essere in possesso della **Certificazione Medica per Attività Agonistica** rilasciata ai suddetti atleti secondo le norme vigenti in materia di tutela sanitaria per l'esercizio dell'attività sportiva, in particolar modo la Legge D.M. del 18/02/1982 del Ministero della Sanità e successive circolari, la Legge Regionale 17 maggio 1999, n. 17 "Provvedimenti per lo sviluppo dello sport in Sardegna", la Legge Regionale 30 agosto 1991, n. 31 "Interventi per la tutela e l'educazione sanitaria delle attività sportive", della Legge Regionale 7 dicembre 1995, n. 36 "Certificazione dell'idoneità allo svolgimento della pratica sportiva agonistica: modifiche alla legge regionale 30 agosto 1991, n. 31" - Visita Medica Agonistica.

Tali Visite Mediche Agonistiche sono conservate presso gli archivi dell'Associazione.