

SQUADRA	CAMPIONATO	RESPONSABILE

COGNOME E NOME	VIA / PIAZZA e N.	DATA NASCITA	LUOGO	E-MAIL	TELEFONO	FIRMA Per consenso privacy D.lgs 196/03 e accettazione tesseramento (*)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Opzione giornata di gioco LUNEDI VENERDI' orario 19 21

(*) **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:** Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy regolamento UE679/2016 - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet www.uisp.it ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UISP.

(*) **ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO:** Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista, consultabili sul sito www.uisp.it e presso il Comitato Uisp - e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo.

LUOGO DATA FIRMA