

NOME SQUADRA		DIRIGENTE RESPONSABILE		SPECIALITA' 3 X 3		
COGNOME E NOME	VIA / PIAZZA e N.	CITTA'	LUOGO E DATA DI NASCITA	E-MAIL	TELEFONO	FIRMA Per consenso privacy D.lgs 196/03 e accettazione tesseramento (*)

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

MARTEDI'

GIOVEDI'

ORE 19

ORE 21

(*) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (D.lgs. 196/2003) - 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