

**il sottoscritto chiede il rilascio della tessera socio UISP e relativa copertura assicurativa per la stagione 2021/2022**

Denominazione		UISP COMITATO LA SPEZIA E VAL DI MAGRA			codice uisp		C	0	3	0	1	2	2
Cognome	Nome	sex	nato il	nato a									
residente in via		Comune			Codice Fiscale								
e-mail		tel./cell			disciplina				tipo		scadenza		
					(1)	(2)	(3)	(4)					
					T	R	INT.	P/A			Cert. Medico		

- (1) indicare tipo Tessera (2) indicare R1 per ruolo "Dirigente", R2 per ruolo "Tecnico", R3 per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)  
(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta (4) indicare P per Praticante e A per agonista

**da compilare, in caso di richiedente minorenni, da chi ne esercita la potestà genitoriale**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
 via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Con la presente mi impegno a rispettare lo Statuto ed i Regolamenti UISP, le Delibere adottate dagli organismi dirigenti, a versare le quote previste ed ad accettare la polizza assicurativa prevista. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa che mi è stata fornita. Presto altresì il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica

\_\_\_\_\_ firma del richiedente o di chi ne esercita la potestà genitoriale

La Spezia / Sarzana, li \_\_\_\_\_

**il sottoscritto chiede il rilascio della tessera socio UISP e relativa copertura assicurativa per la stagione 2021/2022**

Denominazione		UISP COMITATO LA SPEZIA E VAL DI MAGRA			codice uisp		C	0	3	0	1	2	2
Cognome	Nome	sex	nato il	nato a									
residente in via		Comune			Codice Fiscale								
e-mail		tel./cell			disciplina				tipo		scadenza		
					(1)	(2)	(3)	(4)					
					T	R	INT.	P/A			Cert. Medico		

- (1) indicare tipo Tessera (2) indicare R1 per ruolo "Dirigente", R2 per ruolo "Tecnico", R3 per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)  
(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta (4) indicare P per Praticante e A per agonista

**da compilare, in caso di richiedente minorenni, da chi ne esercita la potestà genitoriale**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
 via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Con la presente mi impegno a rispettare lo Statuto ed i Regolamenti UISP, le Delibere adottate dagli organismi dirigenti, a versare le quote previste ed ad accettare la polizza assicurativa prevista. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa che mi è stata fornita. Presto altresì il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica

\_\_\_\_\_ firma del richiedente o di chi ne esercita la potestà genitoriale

La Spezia / Sarzana, li \_\_\_\_\_