

## RICHIESTA TESSERAMENTO SOCIO INDIVIDUALE

Cognome			Nome	
Luogo e Data di Nascita			Codice Fiscale	
Indirizzo di Residenza		,	CAP – Città	
E-Mail	•		Telefono	
socio indiv	riduale per l'attività	codesto Ente di Promozion		
		ente richiesta copia del o alido fino al		à e l'originale del certificato medico
Na	apoli,			
(Firma del socio o dell'esercente la potestà genitoriale)				
Il sottoscr svolgere g scadenza c Il sottoscr	ritto dichiara di gare agonistiche lella suddetta certititto dichiara, altre	e/o non agonistiche, aller ficazione medica.	poli a cui il sottoscritto p  scenza dall'UISP Com namenti e/o manifesta ello Statuto e del Rego	
Napoli,				
			(Firma del socio o del	ll'esercente la potestà genitoriale)
dell'inform in oggetto organismi inoltre il	nativa e precisam , al trattamento dirigenti, a versa mio consenso all	niei dati personali, in base a nente di quella riguardante l dei miei dati. Inoltre mi in are le quote previste e ad ac	Part.13, acconsento, ai s impegno a rispettare lo ecettare la polizza assici a forma, di immagini cl	5/2003 e succ. mod.ed integr., preso atto sensi degli artt.11, 20, 21,22, del decreto statuto, i regolamenti, i deliberati degli urativa prevista. Con la presente esprimo he mi ritraggono nello svolgimento delle
Napoli,			(Firma del socio o	dell'esercente la potestà genitoriale)