

MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO 2018

COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO: _____ n° _____

CITTA': _____ (Cap _____) (Prov. _____)

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

Il sottoscritto _____ in qualità di **Padre**

TEL.: _____ CELL.: _____ e-mail _____

La sottoscritta _____ in qualità di **Madre**

TEL.: _____ CELL.: _____ e-mail _____

esercenti la potestà sull'atleta, con la firma del presente modulo, chiedono alla UISP Comitato Territoriale di Oristano di accettare come "ATLETA" il proprio figlio. Lo stesso conferisce inoltre il consenso al trattamento dei dati ivi immessi di essere a conoscenza e di accettare le coperture assicurative di seguito esposte.

Patologie particolari _____ Allergie particolari _____

Classe frequentante (anno scolastico 2017/18)

Materna: 1 anno 2 anno 3 anno

Elementare: 1 anno 2 anno 3 anno 4 anno 5 anno

Medie – superiori : _____

Iscrizione: 10 euro 5 euro per chi ha già la tessera Uisp 2018

Coperture assicurative: Tessera G: è riservata agli iscritti che non abbiano compiuto il 16°anno di età: Invalidità permanente € 80.000,00(franchigia 5%) - Morte € 80.000,00 - Morte per evento grave € 40.000,00 - Indennità gg. da ricovero € 26,00 (max 60 gg. esclusi i primi tre) – RCT 400.000,00(franchigia € 1.000,00 per ogni sinistro limitatamente ai danni a cose. Limitatamente alle lesioni personali in caso di sinistro che coinvolga due o più atleti impegnati in allenamento o gara trova applicazione una franchigia di € 3.000,00)

I DATI VENGONO UTILIZZATI SOLO A FINI LOGISTICHE E DI COPERTURA ASSICURATIVA;

IL TRATTAMENTO DEGLI STESSI AVVERRÀ AI SENSI DEL T.U. DEL D.LGS 196/03.

CHIEDO CHE I MIEI DATI NON VENGANO UTILIZZATI PER ALTRI SCOPI SE NON PER QUELLI LOGISTICHE E DI COPERTURA ASSICURATIVA.

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____

Data _____