

DICHIARAZIONE MEDICA / PRIVACY

Il sottoscritto

_____ nato a _____
_____ il _____ e
residente in _____ via _____ n° _____
_____ in qualità di Presidente della Società sportiva:
_____ con sede in _____ via _____
_____ n° _____

DICHIARA

- Di aver preso visione degli Statuti, dei Regolamenti e delle norme che disciplinano l'attività della Lega Basket UISP accettandone gli organismi, le disposizioni, nonché tutte le decisioni prese dagli Organi Tecnici e dall'Organo Direttivo di Lega. Si impegna, altresì, a rispondere dei comportamenti dei propri tesserati compreso eventuali danni delle persone e/o cose, nonché della responsabilità oggettiva derivanti dagli atti compiuti da propri tesserati durante e dopo le gare. Si impegna, inoltre, a versare tutte le quote relative alla partecipazione al/i campionato/i nelle modalità stabilite dagli Organi Tecnici competenti.

- Di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di TUTELA SANITARIA delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

- Che TUTTI gli atleti tesserati per la propria società che prenderanno parte a gare ufficiali della Lega Basket UISP sono in possesso della relativa certificazione medica di idoneità fisica alla pratica dello sport agonistico.

- AUTORIZZO INOLTRE che ai sensi dell'articolo 10 della Legge n° 675 del 31.12.96 per quanto concerne il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, nonché quelli relativi all'uso del tesseramento sociale della società sportiva in oggetto; che potranno essere utilizzati e trattati anche ai fini indicati nell'articolo 13 comma 1 lettera e. Titolare della Banca dati è UISP mentre il responsabile del trattamento sono i responsabili della Lega Pallacanestro e della UISP Provinciale e/o Territoriale.

_____, li ____/____/2018

In Fede (Il Presidente)
