

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ATTIVITA' 2023-2024

- Calcio a 7 LOCAL BRA – CARAMAGNA P.TE
- Calcio a 5 FEMMINILE
- Calcio a 5 MASCHILE INDOOR

Associazione _____

con sede in _____ via _____ n° _____

e-mail _____ C.F. _____ P.IVA _____

Presidente _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n° _____

nato il _____ a _____ N°telefono _____

Dirigente _____ n° telefono _____ e-mail _____

Dirigente _____ n° telefono _____ e-mail _____

Responsabili della squadra da contattare per ogni evenienza

_____ n° tel _____ e-mail _____

_____ n° tel _____ e-mail _____

Indirizzo e-mail per invio Comunicati Ufficiali _____

Giorno delle gare casalinghe: lun mar mer gio ven sab dom

Ora _____ Note _____

Colori sociali: 1° divisa _____ 2° divisa _____

_____, li _____

Firma del Presidente e timbro dell'Associazione

UISP SDA CALCIO 2023-2024

MODULO DI ISCRIZIONE ATTIVITÀ NAZIONALE

IL SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI PRESIDENTE

DELL'ASSOCIAZIONE/SOCIETÀ SPORTIVA

CON SEDE IN _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

**CHIEDE DI ISCRIVERE L'ASSOCIAZIONE/SOCIETÀ SPORTIVA DA LUI STESSO
RAPPRESENTATA**

AL/ALLA _____ NAZIONALE UISP SDA CALCIO 2023-2024.

1^ FASE GIRONE: CAMPIONATO TERRITORIALE BRA-CUNEO

2^ FASE GIRONE: _____

DATI RELATIVI ALL'ASSOCIAZIONE/SOCIETÀ SPORTIVA

DENOMINAZIONE _____

DIRIGENTE/RESPONSABILE _____

E-MAIL _____

CELL. _____

COLORE 1^ MAGLIA _____ COLORE 2^ MAGLIA _____

TUTELA SANITARIA

dichiara che, al momento dell'inizio dell'attività ufficiale, tutti gli/le atleti/e che prenderanno parte alle gare, saranno in possesso di documentazione attestante l'idoneità medico sportiva all'attività agonistica ai sensi del DM 18 febbraio 1982 e circolare 31 gennaio 1983. Per gli/le atleti/e fino al compimento dei 12 anni è sufficiente la documentazione attestante l'idoneità medico sportiva all'attività non agonistica. (I contravventori verranno perseguiti con quanto previsto dall'Art. 198 RTN)

Firma _____

Allegato "A" (2/2)



DOTAZIONE ED UTILIZZO DEFIBRILLATORI

dichiara che, al momento dell'inizio dell'attività ufficiale, l'impianto sportivo che verrà utilizzato per la disputa delle proprie gare "in casa" sarà dotato di defibrillatore semiautomatico (o a tecnologia più avanzata) e che, durante le gare inserite in calendario, sarà presente una persona debitamente formata all'utilizzo del dispositivo (DAE – defibrillatore automatico esterno) ai sensi del DM 24 aprile 2013 e DM 26 giugno 2017. (I contravventori verranno perseguiti con quanto previsto dall'Art. 194 RTN)

Firma _____

PROTOCOLLO ANTICOVID UISP

dichiara di essere a conoscenza del Protocollo Applicativo Anticovid Uisp

Firma _____

AUTORIZZA

la UISP a trattenere l'intero importo versato per la cauzione, qualora la propria Associazione/Società sportiva rinunci a partecipare all'Attività nazionale o la stessa venga esclusa durante il suo svolgimento. Qualora l'Attività nazionale non si disputasse o nel caso di esclusione dell'Associazione/Società sportiva prima dell'inizio della stessa per raggiunto limite delle squadre iscritte/qualificate, **ACCETTA** che gli siano restituiti, entro e non oltre la data prevista per la fine dell'Attività nazionale, solo gli importi versati, senza pretendere alcuna penale o interessi da parte della UISP, rinunciando a quanto previsto dagli articoli 1385 e 1386 c.c.

AUTORIZZA

La UISP, ai sensi della legge sulla privacy, a utilizzare i dati forniti ai fini attinenti all'Attività nazionale al quale la propria associazione/società sportiva è iscritta

Data ____/____/____ (Firma Presidente Associazione/Società)

(firma Responsabile S.d.A. Calcio Regionale/Territoriale UISP)

