

MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO DI ATLETI DI PROVENIENZA FIGC 2023-2024

relativa ad atleti e/o dirigenti dell'Associazione

Il sottoscritto, _____, Presidente dell'Associazione a:, RICHIEDE il rilascio delle tessere UISP per l'anno sportivo 2023-2024 dei seguenti atleti e/o dirigenti riportati nella tabella sott.
 Gli stessi, firmando, dichiarano di: **1) conoscere lo Statuto della UISP e le Norme di Partecipazione della SDA Calcio e di impegnarsi a rispettarli; 2) di ricevere e sottoscrivere a parte l'informativa di cui all'art. 13 e, preso atto dei diritti di cui art. 7 del D.L. 196/2003 recante disposizioni - in materia di protezione dei dati personali; 3) di consentire al trattamento dei dati previsto all'art. 23 della citata Legge e alla pubblicazione dei nominativi del socio tesserato nei Comunicati Ufficiali della SDA Calcio.**

| Num | Tipo* | Ruolo** | Cognome | Nome | Nato il | Luogo di nascita | Indirizzo di residenza (Via, Viale, Corso, Piazza) | CAP e Località residenza | Squadra FIGC di provenienza (1° categoria) *** | Firma leggibile dell'Atleta o il Dirigente che fa la richiesta di tesseramento UISP**** |
|-----|-------|---------|--------------------------------------|------|---------|------------------|--|--------------------------|--|---|
| 1 | | | | | | | | | | |
| | | | Note della Segreteria del Calcio ==> | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| | | | Note della Segreteria del Calcio ==> | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| | | | Note della Segreteria del Calcio ==> | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| | | | Note della Segreteria del Calcio ==> | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| | | | Note della Segreteria del Calcio ==> | | | | | | | |

* **Legenda T (tipo tessera):** (D = Dirigente) - (A = Atleta di età ≥ a 16 anni) - (G = Atleta di età ≤ a 16 anni). ** **Legenda R (tipo ruolo):** (R1 = Dirigente) - (R2 = Tecnico/Allenatore) - (R3 = Giudice-Arbitro)

*** Per quali giocatori FIGC possono prendere parte all'attività si prenda visione della **Circolare Nazionale UISP del 31 Maggio 2022** **** Nei casi di **MINORENNI** la firma obbligatoria è di uno dei genitori

AUTORIZZAZIONE DI UN RESPONSABILE DELLA SDA CALCIO DELLA UISP CAGLIARI APS

Data tesseramento, _____

Firma del Responsabile o del **Vice-Responsabile** della SDA Calcio _____

La partecipazione degli atleti in elenco è consentita dalla seguente data: _____

IMPORTANTE : PER CIASCUN TESSERATO RIPORTATO E' OBBLIGATORIO PRESENTARE DUE (2) FOTO RICONOSCIBILI FORMATO TESSERA E FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' PERSONALE NON SCADUTO.

LIBERATORIA PER IL COMITATO TERRITORIALE UISP DI CAGLIARI

DICHIARO altresì di essere in possesso della **Certificazione Medica per Attività Agonistica** rilasciata ai suddetti atleti secondo le norme vigenti in materia di tutela sanitaria per l'esercizio dell'attività sportiva, in particolare modo la Legge D.M. del 18/02/1982 del Ministero della Sanità e successive circolari, la Legge Regionale 17 maggio 1999, n. 17 "Provvedimenti per lo sviluppo dello sport in Sardegna", la Legge Regionale 30 agosto 1991, n. 31 "Interventi per la tutela e l'educazione sanitaria delle attività sportive", della Legge Regionale 7 dicembre 1995, n. 36 "Certificazione dell'idoneità allo svolgimento della pratica sportiva agonistica: modifiche alla legge regionale 30 agosto 1991, n. 31" - Visita Medica Agonistica. Visita Medica Agonistica. Decreto Ministeriale 24 aprile 2013 (c.d. Decreto Balduzzi) e s.m., Decreto Legge, testo coordinato 24/06/2014 n° 90, G.U. 18/08/2014.
 Tali Visite Mediche Agonistiche sono conservate presso gli archivi dell'Associazione.

Cagliari, li _____

Firma Leggibile del Presidente (o del Legale Rappresentante)
