**MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2023-2024**

*(da utilizzare solo in caso di oggettiva impossibilità a richiedere il Tesseramento UISP via web)*

**IL SOTTOSCRITTO:**

| **Cognome** |  | | **Nome** |  | **in qualità di Presidente - Legale Rappresentante dell’Associazione, Società Sportiva:** | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | |  | | | | **Codice Affiliazione Uisp n.** |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE IL TESSERAMENTO UISP PER:**

| **COGNOME E NOME** | **M/F** | **DATA E LUOGO**  **DI NASCITA** | **C.F.** | **VIA E N.** | **COMUNE DI RESIDENZA** | **E-MAIL** | **TELEFONO**  **CELLULARE** | **ATTIVITA’**  **(DISCIPLINA)** | **T**  **(1)** | **R**  **(2)** | **INT**  **(3)** | **P/A**  **(4)** | **FIRMA**  Per consenso D.Lgs. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(1) Indicare tipo* ***Tessera*** *(2) Indicare* ***R1*** *per Ruolo “Dirigente”,* ***R2*** *per Ruolo “Tecnico” e* ***R3*** *per Ruolo “Giudice/Arbitro” (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)*

*(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta (4) indicare* ***P*** *per Praticante e* ***A*** *per Agonista*

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**: Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa a tutela della privacy (ex art. 13 del D.Lgs. 196/ 2003 ed ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679) - presta all’UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell’informativa pubblicata sul sito internet [**www.uisp.it**](http://www.uisp.it) ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UISP.

**ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO**: Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabili sul sito **www.uisp.it** e presso il Comitato UISP – a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall’ordinamento sportivo e/o del Terzo settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all’attività svolta vige l’obbligo di Legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone.

**LUOGO DATA FIRMA**