

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 <small>Per consenso D.Lgs. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento.</small>

(1) Indicare tipo **Tesser**a (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'UIISP 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 ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UIISP.

ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO: Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UIISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabili sul sito www.uisp.it e presso il Comitato UIISP – 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 UIISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UIISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone.

LUOGO **DATA** **FIRMA**