**RICHIESTA SPAZIO SALA BENESSERE**

Il/La sottoscritto/a ……..………………………………….. nato/a a …………………………………………………. il ………………………

C.F. …………………………………………………….… residente a ……………………………………………………………………………….

Via ……………………………………………………………………………………………………… n …………………. Cap …………………………

tel ……………………………… cell ……………………………………… email …………………………………………..

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti all'art. 75 del medesimo decreto, in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

In qualità di

* Libero professionista
* Referente capo fila (per aggregazione di cittadini) …………………………………………………………………………..
* Legale rappresentante di ……………………………………………………………….. azienda/società/associazione/cooperativa/altro (specificare) con sede legale in ………………………………………………… via ……………………………………………………………………. n ………….. Cap ……………. Tel. …………………………… mail …………………………….. P.I. o C.F. ………………………………………..
* Privato

Richiede lo spazio della sala benessere

In forma:

**Stagionale sportiva scolastica** (dal 15 settembre al 15 giugno); per i seguenti giorni e orari:

lunedì dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………..

martedì dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………..

mercoledì dalle ore ………………………........ alle ore …………………………………….

giovedì dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………..

venerdì dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………..

sabato dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………...

domenica dalle ore ………………………........ alle ore ……………………………………..

Specificare delle alternative se gli spazi fossero già occupati

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Occasionale**, per i seguenti giorni ed orari:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Per la seguente attività: ...........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… rivolta a: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

E i seguenti servizi a pagamento:

Delivery service

Armadietto personale (già compreso gratuitamente nella formula Community Gav)

Servizio di segreteria per i corsi

Attivazione mail personale

Indicando come responsabile dell’attività (sempre reperibile), se diverso dal richiedente:

Nome ………………………………..…… Cognome ……………………………………………. nato a ………………………………………… il ………………… residente a …………………………………………………... In via …………………………………………………………….. n …………………. Cap ……………………………. Provincia …………………………..…….. CF ……………………………………………….. tel …………………………………………………. Mail …………………………………………….

A supporto della richiesta dichiara di:

* Voler entrare a far parte della community GAV si no
* Essere enti del Terzo Settore o con natura e vocazione sociale, solidaristica, culturale si no
* Svolgere attività nel settore culturale/artistico, sportivo e del benessere della persona si no
* Svolgere attività sportive, ricreative e sociali di preminente interesse pubblico a favore di utenti che vivono situazioni di fragilità si no

Di aver preso visione del Regolamento GAV

Di prestare all’UISP il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui alla

Legge a tutela della privacy (ex art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regolamento UE

2016/679), conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito

www.uisp.it ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UISP. Dettagli su

http://www.uisp.it/nazionale/pagina/informativa-resa-a-tesserati-ed-associazioni

Luogo e data ………………………... Firma ………………………………………………..