

**MODULO RICHIESTA AFFILIAZIONE 2023-2024**

**IL SOTTOSCRITTO:**

Cognome		Nome		Sesso		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data nascita		Luogo nascita	
Provincia nascita		Codice Fiscale		Residente in Via		n°		Comune			
Provincia		CAP		Tel. Abitazione (i)		Tel. lavoro		Cellulare		E-mail @	

**IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE:**  **PRIMA AFFILIAZIONE**  **RINNOVO AFFILIAZIONE**

Denominazione	Acronimo
---------------	----------

**IN CASO DI RINNOVO:**  **SI CONFERMANO I DATI DICHIARATI CON LA PRECEDENTE RICHIESTA**  **SONO STATI MODIFICATI I SEGUENTI DATI:**

Appartenente a Gruppo Sportivo	E' sezione di Polisportiva?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. F. (ii)	P. IVA (iii)
E' costituita come	<input type="checkbox"/> Associazione sportiva <b>SENZA</b> personalità giuridica <input type="checkbox"/> Associazione sportiva <b>CON</b> personalità giuridica		<input type="checkbox"/> Società di capitali e Società cooperative: <input type="checkbox"/> BAS (Base Associativa Sportiva)	<input type="checkbox"/> S.S.D. a RL <input type="checkbox"/> Società Cooperativa *ETS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> : tipo _____ n. iscrizione RUNTS _____

**SEDE LEGALE:**

Via/Piazza	n°	Comune	Cap	Provincia	Località/frazione
Tel.	Fax	E-mail @	Sito internet		

**DATI ATTIVITA' PRATICATE CON L'UISP:**

Discipline praticate con l'UISP	cod.	cod.	cod.	cod.
	cod.	cod.	cod.	cod.

**COMPONENTI CONSIGLIO DIRETTIVO DA TESSERARE:**

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
Vicepresidente													Per consenso D.Lgs 196/2003 e regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento (*)
Segretario													
Consigliere													
Consigliere													
Consigliere													
Consigliere													

\*COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE. SE SI, INDICARE TIPO (es. APS - Associazione di Promozione Sociale, ODV - Organizzazione di Volontariato, SMS - Società di Mutuo Soccorso, Fondazione, Ente filantropico, Impresa sociale)  
 In caso di più Dirigenti si deve fotocopiare il presente modulo  
 (1) Indicare tipo Tessera (D oppure DIRC oppure DIRM) - (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 integrativa DB1 e/o D3 - (4) indicare P per Praticante e A per Agonista  
 Copia Atto Costitutivo e Statuto (in caso di gruppo dirigente diverso da quello indicato nell'atto costitutivo va allegata anche la delibera di elezione del Consiglio direttivo e del presidente)  
 Copia Certificato attribuzione Codice Fiscale ed eventuale Partita Iva con denominazione sociale coerente con denominazione riportata nello Statuto e nella presente richiesta (qualora attivata)  
 Fotocopia Documento identità Legale Rappresentante in corso di validità Tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**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 AFFILIAZIONE:** 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](http://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. Dichiaro 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**

(In caso Rinnovo Affiliazione senza alcuna modifica dei dati richiesti, va barrata la scelta "SI CONFERMANO I DATI DICHIARATI ..." e, inoltre, vanno apposte le firme nella pagina 1 e pagina 2.)

e, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, DICHIARA, quanto segue in merito all'A.S.D./S.S.D.:

**DATI ATTO COSTITUTIVO E STATUTO:**

Tipo forma costituzione	<input type="checkbox"/> scrittura privata registrata	<input type="checkbox"/> scrittura privata	<input type="checkbox"/> scrittura privata autenticata	<input type="checkbox"/> atto pubblico	Data costituzione		Cognome, nome Notaio		Distretto Notaio	
N. ordine e rep. Notarile		Ufficio Agenzia Entrate di (ultimo statuto)		Estremi registrazione (ultimo statuto)		N. Registro persone giuridiche		N. Registro Imprese		Camera di Commercio

**N.B.** In caso di Statuto stipulato per atto Notarile vanno indicati i dati relativi al Notaio, al Distretto Notarile e il N. ordine rep. Notarile

Dichiara, Inoltre, che i propri amministratori non ricoprono qualsiasi carica in altre Asd/Ssd affiliate UISP.

LUOGO	DATA	FIRMA
-------	------	-------

**DATI IMPIANTI:**

Nome Impianto 1		Comune			Nome Impianto 2		Comune		
Indirizzo			N°	CAP	Indirizzo			N°	CAP
Regione		Provincia			Regione		Provincia		

NON UTILIZZA IMPIANTI

**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.

LUOGO	DATA	FIRMA
-------	------	-------

- i È sufficiente indicare uno dei 3 numeri telefonici.
- ii Inserire il Codice Fiscale.
- iii Inserire obbligatoriamente, se l'Asd ne è in possesso, anche la Partita Iva.