

il sottoscritto:

Cognome e Nome _____ nato a _____
 il _____ residenza _____ cap _____ prov _____
 via/p.zza _____ n. _____ tel. _____
 e-mail _____ cod. fisc. _____

**in qualità del genitore del minore chiedo il rilascio
 della tessera socio UISP e relativa copertura assicurativa per la stagione 2024/2025**

Cognome	Nome	sex	nato il	nato a
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
residente in via	Comune		Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
e-mail	tel./cell		ginn. per tutti	G
<input type="text"/>	<input type="text"/>		NC	<input type="text"/>
N.B. il certificato medico non è richiesto la fascia di età compresa tra 0 e 6 anni,			tipologia	scadenza
			atletica	G
			NC	<input type="text"/>
			Cert. Medico	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Con la presente mi impegno a rispettare lo Statuto ed i Regolamenti UISP, le Delibere adottate dagli organismi dirigenti, a versare le quote previste ed ad accettare la polizza assicurativa prevista. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso al trattamento dei dati personal forniti, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa che mi è stata fornita. Presto altresì il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica

firma del richiedente o di chi ne esercita la potestà genitoriale

La Spezia / Sarzana, li _____

]

]

]

]

]