

**il sottoscritto chiede il rilascio
della tessera socio UISP e relativa copertura assicurativa per la stagione 2024/2025**

Denominazione	UISP COMITATO LA SPEZIA E VAL DI MAGRA			codice uisp	C	0	3	0	1	2	2
Cognome	Nome	sex	nato il	nato a							
residente in via	Comune		Codice Fiscale								
e-mail	tel./cell		(1)	(2)	(3)	(4)	tipo	scadenza			
			disciplina				Cert. Medico				
			T	R	INT.	P/A					

- (1) indicare tipo Tessera (2) indicare R1 per ruolo "Dirigente", R2 per ruolo "Tecnico", 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

da compilare, in caso di richiedente minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale

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

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 _____

]