

<b>RISERVATO COMITATO TERRITORIALE UISP APS PER CONVALIDA</b>	
<b>FIRMA DIRIGENTE UISP</b>	
COD. N. _____	DATA _____

### MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2022-2023

*(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 Tessera (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'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 TESSERAMENTO:** 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**