|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **RISERVATO COMITATO TERRITORIALE UISP APS PER CONVALIDA**  |
|  **FIRMA DIRIGENTE UISP** **COD. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

 |

**MODULO AFFILIAZIONE/RINNOVO E ISCRIZIONE/AGGIORNAMENTO/MODIFICHE REGISTRO NAZIONALE A.S.D./S.S.D.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IL SOTTOSCRITTO:**  |  |  |  |  |  |
| **Cognome**  |  | **Nome**  |  |  | **Sesso**  | **❏ M ❏ F**  |  | **Data nascita**  |  |  |  |  |  |  | **Luogo nascita**  |  |
| **Provincia nascita**  |  | **Codice Fiscale**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Residente in Via**  |  |  |  |  | **n°**  |  | **Comune**  |  |
| **Provincia**  |  | **CAP**  |  | **Tel. Abitazione (i)**  |  | **Tel.** | **lavoro** |  |  | **Cellulare**  |  | **Email** |  |  |

**IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE:** ❏  **PRIMA AFFILIAZIONE ANNO 2022-2023** ❏  **RINNOVO AFFILIAZIONE ANNO 2022-2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione**  |   | **Acronimo**  |   |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apparten. Gruppo Sportivo**  |   | **E’ sezione di Polisportiva?**  | ❏ SI ❏ NO |   | **C. F.** (ii) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **P. IVA** (iii)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **E’ costituita come**  | ❏ Associazione sportiva **SENZA** personalità giuridica ❏ Società di capitali e Società cooperative: ❏ Associazione sportiva **CON** personalità giuridica ❏ BAS *(Base Associativa Sportiva)*  |  ❏ S.S.D. a RL ❏Società Cooperativa **\*ETS:** SI❏ NO❏:tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. iscrizione Reg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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**  | **Nato a il** | **C. F.**  | **VIA E N.**  | **COM. RESIDENZA**  | **E-MAIL**  |  **CELLULARE**  | **ATT. DISCIPLINA**  | **T** (1)  | **R** (2)  | **INT** (3)  | **P/A** (4)  | **FIRMA** Per consenso |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*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) E IL NUMERO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO.**

*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 APS 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** 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** 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. Dichiara 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

**UISP APS - Unione Italiana Sport Per tutti**