

DOMANDA DI AMMISSIONE A UISP COMITATO TERRITORIALE RIMINI APS"

Il/ La sottoscritto/a _____, nato a _____, il _____, residente in _____ a via _____, C.F. _____, tel. _____, cell. _____, e-mail _____

In proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____, nato a _____, il _____ e residente in _____ a via _____, C.F. _____

CHIEDE

A) Di essere ammesso quale socio de " **UISP Comitato Territoriale Rimini APS**". All'uopo dichiara di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme di cui allo Statuto Sociale ed all'Atto Costitutivo ed alle successive Deliberazioni degli organi sociali di attuazione dello stesso.

B) Si impegna a versare, all'atto della sottoscrizione, la quota sociale di € _____

Firma

Quale esercente la potestà genitoriale su minore,

CHIEDE

C) Di essere ammesso quale socio de " **UISP Comitato Territoriale Rimini APS**". All'uopo dichiara di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme di cui allo Statuto Sociale ed all'Atto Costitutivo ed alle successive Deliberazioni degli organi sociali di attuazione dello stesso.

D) Che il minore *ut supra* emarginato, sempre permanendo nell'ambito della responsabilità dell'esercente la potestà genitoriale, venga autorizzato a fruire dei servizi resi da "UISP Comitato Territoriale Rimini APS" in forma organizzata in tutti gli spazi coperti e scoperti e/o a diventarne socio. Dichiara, in tal senso, di aver preso preventivamente visione del Regolamento che disciplina le modalità di funzionamento delle dette attività organizzate e di accettarne integralmente il contenuto.

E) Si impegna a versare, all'atto della sottoscrizione, la quota sociale di € _____

Firma

Per espressa approvazione della clausola sub D)

F) Al fine di cui sub D) rilascia i seguenti recapiti telefonici:

1. _____;

2. _____;

3. _____;

F) Dichiaro che il minore sopra emarginato soffre delle seguenti patologie, allergie, difficoltà motorie, psicologiche e comportamentali :

Si precisa che tale informativa viene richiesta al solo fine di perseguire al meglio i fini statutari in piena compatibilità con la tutela del minore che verrà, ove necessario, personalizzata congiuntamente all'esercente la potestà genitoriale e su specifiche direttive di quest'ultimo.

G) Dichiaro di aver preso visione delle Condizioni di Polizza Generali e Speciali UISP a copertura degli infortuni e, in particolare, di essere a conoscenza del fatto che tale polizza assicurativa è posta a copertura, per i soci, della sola invalidità permanente da infortunio o della morte, ma non delle fratture.

Si dichiara, inoltre, di essere a conoscenza del fatto che la Polizza de qua non copre in assenza di vaccinazioni.

Rimane coperta, a termini di Polizza, la Responsabilità Civile verso Terzi degli operatori.

Il Dichiarante versa, a tale titolo, la somma di € _____

Resta nella disponibilità del socio/esercente la potestà genitoriale la facoltà di stipulare un'assicurazione integrativa.

Firma

H) Il socio / esercente la potestà genitoriale, consente espressamente, a termini di legge – in particolare ex d.lgs 196/2003 – a che gli Operatori di "**UISP Comitato Territoriale Rimini APS**" debitamente e previamente identificati, possano fotografare o riprendere con appositi supporti elettronici i fruitori dei servizi organizzati da detta ASD.

Si autorizza, in particolare, la fotografia e la ripresa con appositi supporti elettronici dei minori durante l'esercizio delle attività organizzate da "**UISP Comitato Territoriale Rimini APS**" e dalla Uisp Provinciale Rimini.

Si precisa che tali riprese verranno effettuate a soli fini statutari.

Si autorizza la pubblicazione delle stesse sul sito internet ufficiale di "**UISP Comitato Territoriale Rimini APS**" e della Uisp Provinciale Rimini che avverrà nella sola forma aggregata e senza indicazione di dati personali.

Si dichiara di ricevere, all'uopo, l'informativa ex art. 13 d.lgs 196/2003.

Si indica quale responsabile del trattamento "**UISP Comitato Territoriale Rimini APS**"

Firma
