

RICHIESTA TESSERAMENTO SOCIO INDIVIDUALE

Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Codice Fiscale	
Indirizzo di Residenza		CAP – Città	
E-Mail		Telefono	

CHIEDE

di essere tesserato presso codesto Ente di Promozione Sportiva per l'anno sportivo 2023-2024 con la qualifica di socio individuale per l'attività di

Allega, inoltre, alla presente richiesta copia del documento di identità e l'originale del certificato medico agonistico/non agonistico valido fino al

Roma,

.....

(Firma del socio o dell'esercente la potestà genitoriale)

TIPO DI TESSERA RICHIESTO: ☐ A ☐ G (soci 0-15 anni) ☐ D (Istruttore-Giudice di Gara) ☐ S

INTEGRATIVA (da barrare solo in caso di richiesta di integrazione assicurativa): ☐ B1 ☐ B3 ☐ D3

Manifestazioni organizzate dall'Uisp di Roma a cui il sottoscritto parteciperà:

Il sottoscritto dichiara di essere stato messo a conoscenza dall'UISP Comitato di Roma del fatto di non poter svolgere gare agonistiche e/o non agonistiche, allenamenti e/o manifestazioni di ogni genere dopo la data di scadenza della suddetta certificazione medica.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di rispettare le norme dello Statuto e del Regolamento Nazionale Uisp, di aver letto la polizza assicurativa legata al tesseramento Uisp e di accettarne le condizioni.

Roma,

.....

(Firma del socio o dell'esercente la potestà genitoriale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Ricevuta l'informativa sui miei dati personali, in base all'art.23 del D.Lgs. 196/2003, preso atto dell'informativa e precisamente di quella riguardante l'art.13, acconsento, ai sensi degli artt.11, 20, 21,22, del decreto in oggetto, al trattamento dei miei dati. Inoltre mi impegno a rispettare lo statuto, i regolamenti, i deliberati degli organismi dirigenti, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per finalità di natura economica.

Roma,

.....

(Firma del socio o dell'esercente la potestà genitoriale)

ACQUISTO RUNCARD EPS

☐ **SI**

☐ **NO**

DICHIARAZIONE RUNCARD EPS (da sottoscrivere solo da chi richiede o possiede la Runcard EPS)

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato dall'Uisp Comitato di Roma riguardo il funzionamento della Runcard Eps e delle modalità atte a renderla sempre valida. In particolare, il sottoscritto dovrà rinnovare la tessera Uisp il 1° settembre di ogni anno, dovrà avere sempre un certificato medico agonistico in corso di validità e consegnare la nuova certificazione medica agonistica prima della data di scadenza di quella precedentemente posseduta, dovrà monitorare la scadenza della Runcard Eps in quanto acquistata in completa autonomia.

Si solleva, pertanto, l'Uisp Comitato di Roma da qualsiasi responsabilità nel caso insorgessero problematiche con la Runcard Eps generate dalla mancata osservanza da parte del sottoscritto di quanto sopra esposto.

Roma,

.....

(Firma del socio o dell'esercente la potestà genitoriale)