

**DELEGA TESSERAMENTO**

Il sottoscritto

Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Codice Fiscale	

In qualità di

Legale Rappresentante ASD/SSD	
-------------------------------	--

**CHIEDE**

di delegare ad effettuare le procedure di affiliazione e tesseramento soci presso la UISP Comitato Territoriale Roma APS i seguenti soci:

Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Indirizzo Mail	
Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Indirizzo Mail	
Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Indirizzo Mail	
Cognome		Nome	
Luogo e Data di Nascita		Indirizzo Mail	

Autorizzo, altresì, le suddette persone ad inoltrare alla UISP Comitato Territoriale Roma APS le richieste di tesseramento a mezzo del loro indirizzo e-mail e a conoscere i dati sensibili dell'associazione per i fini sopra menzionati. Autorizzo, inoltre, la UISP Comitato Territoriale Roma APS ad accettare le richieste pervenute dagli indirizzi di posta elettronica di cui sopra. Con la presente richiesta sollevo ed esonero la UISP Comitato Territoriale Roma APS da ogni responsabilità derivante dall'eventuale cattivo utilizzo dei dati da parte delle persone da me delegate.

Roma,

.....

Firma