

MODULO RICHIESTA AFFILIAZIONE 2023-2024

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome		Nome		Sesso		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data nascita		Luogo nascita	
Provincia nascita		Codice Fiscale		Residente in Via		n°		Comune			
Provincia		CAP		Tel. Abitazione (i)		Tel. lavoro		Cellulare		E-mail @	

IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE, CHIEDE: **PRIMA AFFILIAZIONE** **RINNOVO AFFILIAZIONE**

Denominazione		Acronimo	
---------------	--	----------	--

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

Appartenente a Gruppo Sportivo		E' sezione di Polisportiva?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		C. F. (ii)		P. IVA (iii)	
E' costituita come		<input type="checkbox"/> Associazione sportiva SENZA personalità giuridica		<input type="checkbox"/> Società di capitali e Società cooperative:		<input type="checkbox"/> S.S.D. a RL		<input type="checkbox"/> Società Cooperativa	
		<input type="checkbox"/> Associazione sportiva CON personalità giuridica		<input type="checkbox"/> BAS (Base Associativa Sportiva)		*ETS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> : tipo _____		n. iscrizione RUNTS _____	

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.	

COMPONENTI CONSIGLIO DIRETTIVO DA TESSERARE:

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
Vicepresidente													
Segretario													
Consigliere													
Consigliere													
Consigliere													
Consigliere													

*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)

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 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. 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

(In caso Rinnovo Affiliazione senza alcuna modifica dei dati richiesti, va barrata la scelta "SI CONFERMANO I DATI DICHIARATI ..." e, inoltre, vanno apposte le firme nella pagina 1 e pagina 2.)

e, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, DICHIARA, quanto segue in merito all'A.S.D./S.S.D.:

DATI ATTO COSTITUTIVO E STATUTO:

Tipo forma costituzione	<input type="checkbox"/> scrittura privata registrata	<input type="checkbox"/> scrittura privata	<input type="checkbox"/> scrittura privata autenticata	<input type="checkbox"/> atto pubblico	Data costituzione		Cognome, nome Notaio		Distretto Notaio	
N. ordine e rep. Notarile		Ufficio Agenzia Entrate di (ultimo statuto)		Estremi registrazione (ultimo statuto)		N. Registro persone giuridiche		N. Registro Imprese		Camera di Commercio

N.B. In caso di Statuto stipulato per atto Notarile vanno indicati i dati relativi al Notaio, al Distretto Notarile e il N. ordine rep. Notarile

Dichiara, Inoltre, che i propri amministratori non ricoprono qualsiasi carica in altre Asd/Ssd affiliate UISP.

LUOGO	DATA	FIRMA
-------	------	-------

DATI IMPIANTI:

Nome Impianto 1		Comune			Nome Impianto 2		Comune		
Indirizzo			N°	CAP	Indirizzo			N°	CAP
Regione		Provincia			Regione		Provincia		

NON UTILIZZA IMPIANTI

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 ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UISP.

LUOGO	DATA	FIRMA
-------	------	-------

- i È sufficiente indicare uno dei 3 numeri telefonici.
- ii Inserire il Codice Fiscale.
- iii Inserire obbligatoriamente, se l'Asd ne è in possesso, anche la Partita Iva.