RISERVATO COMITATO TERRITORIALE UISP APS PER CONVALIDA	
COD.N. ..... DATA	FIRMA DIRIGENTE UISP

MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2024-2025

(da utlizzare solo in caso di oggettiva impossibilità a richiedere il Tesseramento UISP via web)

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome		**Nome**		**in qualità di Presidente - Legale Rappresentante dell'Associazione, Società Sportiva:**
Denominazione				**Codice Affiliazione Uisp n.**

CHIEDE IL RILASCIO DEL TESSERAMENTO PER:

COGNOME E NOME	M/F	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	C.F.	VIA	N°	COMUNE DI RESIDENZA	E-MAIL	TELEFONO CELLULARE	ATTIVITA' (DISCIPLINA)	T (1)	R (2)	INT (3)	P/A (4)	FIRMA Per consenso D.Lgs 196 2003 e Regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento

(1) Indicare tipo ***Tessera*** *(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 garanzia integrativa richiesta (4) indicare P per Praticante e A per Agonista

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 TESSERAMENTO: 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