

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

## **MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2025-2026**

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

IL SOTTOSCRITTO:								
Cognome			Nome	in qualità di Presidente - Legale Rap	presentante dell'Associazione, Società Sportiva			
Denominazione					Codice Affiliazione Uisp n.			
CHIEDE IL RILASCIO DEL TESSE	ERAMENTO PER:							
COGNOME E NOME	M/ DATA DI F NASCITA LUOGO DI NASCITA	C.F.	VIA N°	COMUNE DI RESIDENZA E-MAIL	TELEFONO CELLULARE	ATTIVITA' (DISCIPLINA) $\begin{bmatrix} T \\ (1) \end{bmatrix}$ $\begin{bmatrix} R \\ (2) \end{bmatrix}$ $\begin{bmatrix} INT \\ (3) \end{bmatrix}$ $\begin{bmatrix} P/A \\ (4) \end{bmatrix}$	FIRMA Per consenso D.Lgs 196 2003 e Regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento	
(1) Indicare tipo <b>Tessera</b>	(2) Indicare R1 per Ruolo "Dirigente", R2 per Ruolo "	Tecnico" a P3 per Puelo "Ciudico/Arbitra" (in seco	odi più rugli vanno indicati tutti)					
(3) indicare tipo Tessera (3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta		reanico e no pei nuolo Giudice/Arbitro (in caso	י ער פיני איני איני איני איני איני איני איני					
ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI 1 ai sensi del DPR 445/2000: di essere in pos	TESSERAMENTO: Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare le	o Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli o persone di cui chiede il tesseramento per	Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare l	- presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per a polizza assicurativa prevista - consultabili sul sito www.uisp.it e presso il Comita e in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesse	ato UISP – a comunicare tutte le variazioni cariche so	ciali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o d	lel Terzo settore. Dichiara inoltre,	
LUOGO	DATA		FIRMA					
			<u> </u>	ITALIA ENTE DI PROMOZIONE				