

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COD. N. \_\_\_\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DIRIGENTE UISP**

**RISERVATO COMITATO TERRITORIALE UISP APS PER CONVALIDA**

# MODULO RICHIESTA AFFILIAZIONE 2024-2025

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IL SOTTOSCRITTO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome** |  | | | | | | **Nome** | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Sesso** | * **M** ❏ **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 ANNO 2024-2025 ❏ RINNOVO AFFILIAZIONE ANNO 2024-2025

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** |  | **Acronimo** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Appartenente a Gruppo Sportivo** | | | | |  | | | | | | | | | **E’ sezione di Polisportiva?** | | | |  | ❏ | SI | ❏ | | NO | | **C. F.** (ii) | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | **P. IVA** (iii) | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **E’ costituita come** | | * Associazione sportiva **SENZA** personalità giuridica * Associazione sportiva **CON** personalità giuridica | | | | | | | | | |  | * Società di capitali e Società cooperative: * BAS *(Base Associativa Sportiva)* | | | | | |  | |  |  | | * S.S.D. a RL   **\*ETS:** SI ❏ NO ❏: | | | | | | | | ❏Società Cooperativa  tipo n. iscrizione Reg. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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.** | | |  | |
|  | | | | | | **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** Per consenso D.Lgs 196/2003 e regolamento UE 2016/679 e accettazione tesseramento (\*) | | | | | | |
| ***PRESIDENTE (Presidente o Amm.tore in caso SSD)*** | | |  |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| ***Vicepresidente*** | | |  |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| ***Segretario*** | | |  |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| ***Consigliere*** | | |  |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| ***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) E IL NUMERO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO.**

*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 APS 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**](http://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**](http://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**

***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***

# CHIEDE, INOLTRE, L’ISCRIZIONE AL REGISTRO NAZIONALE A.S.D./S.S.D

**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, inoltre, quanto segue in merito all’A.S.D./S.S.D.:**

### DATI ATTO COSTITUTIVO E STATUTO:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo forma costituzione** | * scrittura privata registrata | | * scrittura privata | * scrittura   privata autenticata | | | * 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 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 APS 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**](http://www.uisp.it/)ed esposta presso la sede del Comitato Territoriale UISP APS.

**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.*