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

MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2025-2026

IL SOTTOSCRITTO:

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

CHIEDE IL TESSERAMENTO UISP PER:

COGNOME E NOME	M/F	DATA E LUOGO DI NASCITA	C.F.	VIA E N.	COMUNE DI RESIDENZA	MAIL	TELEFONO CELLULARE	ATTIVITA' (DISCIPLINA)	T (1)	R (2)	INT (3)	P/A (4)	FIRMA Per consenso D.Lgs. 196/2003, 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**