

MODULO RICHIESTA TESSERAMENTO 2026-2027

IL SOTTOSCRITTO:

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

CHIEDE IL TESSERAMENTO UISP PER:

[illegible]

(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. 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 chiedo 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