A.S.D. Centro Universitario Sportivo Foggia Domanda di ammissione tesseramento C.U.S.I. - 2023/2024

|  |
| --- |
| **Il/La sottoscritto/a** (cognome e nome) **Sesso** M  F  **nato/a** il a prov. \_\_\_\_\_**Residente in** (**VIA E NUMERO CIVICO**) \_\_C.A.P. Comune prov. Stato civile Nazionalità Cellulare Telefono Codice Fiscale e-mail (IN STAMPATELLO) **Domicilio** (**se diverso da indirizzo di residenza**)**VIA E NUMERO CIVICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**C.A.P. Comune prov. *Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art.26 legge 15/68 ed art. 489 c.p.)***CHIEDE**di tesserarsi al C.U.S.I. per l’anno 2023/2024 tramite il C.U.S. Foggia e di essere ammesso alla partecipazione delle iniziative organizzate dal C.U.S. Foggia**DICHIARA di ESSERE** iscritto al anno del Corso di Laurea/Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Dipartimento di dell’Università di Foggia con matricola numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’anno accademico 2023/2024*Oppure* Dipendente universitario  Personale docente  Personale non docente  Altro (art. 2 statuto C.U.S.I.)**SI IMPEGNA**ad esonerare il C.U.S. Foggia ed il C.U.S.I. da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti da indisciplina o inosservanza delle norme prescritte e delle indicazioni degli istruttori e del personale addetto;**DICHIARA**di aver preso visione delle CLAUSOLE ASSICURATIVE e di accettarle. Le condizioni assicurative di cui sopra sono esposte all’albo presso la sede sociale del C.U.S. Foggia e sono a disposizione dei richiedenti presso la segreteria del C.U.S. stesso.Foggia, lì Firma *(se minorenne firma del genitore esercente la patria potestà)***CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI** |
| Il sottoscritto nato/a a il **/ /** e residente in ( ) alla via/piazza , nella sua qualità di interessato, **dichiara** di essere stato/a informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679:a) dell’identità e dei dati di contatto del Titolare del trattamento dei dati; b) dell’identità e dei dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati; c) dei diritti che gli spettano nella sua qualità di interessato; d) delle finalità del trattamento; e) delle modalità del trattamento; f) del diritto alla revoca del consenso. Pertanto, sulla base delle informazioni ricevute, con la sottoscrizione della presente, l’interessato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679 **acconsente**, liberamente ed espressamente, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa resagli.Foggia, lì **/ /** Firma dell’interessato *(se minore di 16 anni firma del genitore esercente la patria potestà)* |

*A cura della segreteria* →

|  |  |
| --- | --- |
| Data certificato medico |  |
| Numero tessera C.U.S.I. |  |