



Centro Universitario Sportivo di L'Aquila
 ente associativo federato CUSI di promozione sportiva e promozione sociale
 a.s.d. personalità giuridica con D. R. n. 175 del 15/10/2003
 Sede e impianti sportivi: S.S. 17 Ovest loc. Centi Colella - 67100 L'Aquila
 P. IVA 00197880669 - Segreteria tel. 0862 319661
 mail: amministrazione@cuslaquila.org - PEC: legal@pec.cuslaquila.org

TESSERAMENTO NAZIONALE OBBLIGATORIO C.U.S.I. ANNO SPORTIVO

(dal 1° settembre di ogni anno sino al 31 agosto dell'anno seguente - domanda al C.U.S. con emissione di ricevuta quota d'iscrizione)

Il sottoscritto nato a

Prov. il Cod. Fisc.

residente in Prov. Via/P.za n.

se div. da residen Prov. Via/P.za n.

telef. e-mail

Documento n. rilasciato da il

CONTRASSEGNARE CON UN SI SOLO LA CASELLA CHE INTERESSA LA DOMANDA DI ISCRIZIONE

studente universitario matricola n. Facoltà anno di corso
 presso l'Università di L'Aquila e in regola con le tasse universitarie dell'anno accademico in corso oppure studente Erasmus presso UNIVAQ. *Allegare copia libretto o ricevuta di pagamento tasse universitarie*

dipendente Università di L'Aquila

non universitario

appartenente a Soc. o A.S.D. esterna da indicare

appartenente a Settore sportivo del C.U.S. da indicare

DICHIARA

Di aver preso atto delle disposizioni statutarie e regolamentari e delle polizze assicurative messe a disposizione, accettandole senza riserve. Di conoscere e di impegnarsi a osservare il 1° co. dell'art. 1914 del Cod. Civile, riguardante l'assicurazione contro gli infortuni e cioè: "L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno". Di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, degli obblighi conseguenti al tipo di attività e all'uopo allega idoneo certificato.

indicare l'Attività Sportiva *agonistica* *non agonistica*

scadenza del certificato medico attività agonistica scrivere data gg. mm. aaaa.

scadenza del certificato medico attività non agonistica scrivere data gg. mm. aaaa.

Di essere consapevole che il certificato medico ha validità annuale (dalla data del rilascio riportata da parte del Medico Specialista e/o Struttura Sanitaria preposta) e pertanto in caso di scadenza anticipata rispetto al periodo della presente richiesta di tesseramento si impegna a rinnovarla in tempo utile e consegnarla al C.U.S. per poter proseguire l'attività sportiva. 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 2016/79: 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 protezioni 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. L'Informativa al Trattamento dei Dati Personali (Art. 13 Reg. UE 2016/679) è affissa all'ingresso del complesso sportivo.

In fede data gg. mm. aaaa. firma Richiedente/Intestatario _____

MINORE I sottoscritti in qualità di genitori o di chi ne fa le veci, **Dichiarano** di accettare, in base a quanto previsto dal Cod. Civile sull'esercizio della patria potestà, il tesseramento del proprio figlio/a sopra nominato/a, nonché di conoscere e concorrere a far rispettare le disposizioni statutarie e regolamentari del C.U.S. - **Dichiarano** di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti - **Dichiarano** di dare il consenso al trattamento dei dati personali [informativa sopra riportata] per le finalità istituzionali legate all'attività sportiva.

In fede data gg. mm. aaaa. firma genitori o di chi ne fa le veci _____