



Centro Universitario Sportivo di Foggia

Domanda di ammissione tesseramento C.U.S.I. – 2019/2020

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 2019/2020 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 2019/2020

oppure

Dipendente universitario Personale docente Personale tecnico amm.vo 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, li _____

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, li ___/___/____

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.	