



## Centro Universitario Sportivo di Foggia Domanda di ammissione tesseramento C.U.S.I. – 2020/2021

**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 2020/2021 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 2020/2021

*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, 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.	