



Domanda di tesseramento al C.U.S.I. (mod. I_2022.2023)

Io sottoscritto/a (*cognome e nome a stampatello*) _____ sesso M F

nato/a il _____ a _____ provincia _____ residente in via _____

n° _____ comune _____ provincia _____ C.A.P. _____ nazionalità _____

codice fiscale _____ telefono _____

telefono _____ e-mail (*a stampatello minuscolo*) _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 26 Legge 15/68 e art. 489 C.P.)

CHIEDO

- di essere tesserato/a per il CUSI nell'anno sportivo 2022/2023 come: **PRIMA ISCRIZIONE** **RINNOVO**
- di essere ammesso/a ai seguenti corsi organizzati dal CUS Lecce (*indicate nei riquadri di sotto*):

| | | |
|----|----|----|
| 1- | 3- | 5- |
| 2- | 4- | 6- |

DICHIARO (*compilare solo una delle tre opzioni di seguito elencate*)

- di essere iscritto/a per l'anno accademico 2022/2023 al _____ anno presso il dipartimento di _____
_____ laurea in _____ dell'Università del Salento/Università di _____
/ Accademia delle belle arti/Conservatorio musicale con matricola n° _____
- di appartenere al personale dipendente dell'Università del Salento / Adisu
- di essere associato/a esterno/a o under

DICHIARO di essere a conoscenza che:

- i corsi non avranno inizio, se non verrà raggiunto il numero minimo d'iscritti previsto e potranno essere sospesi al mancare dello stesso o del numero minimo di frequentanti stabilito, fatta salva la possibilità di aderire ad altra attività per chi abbia già acquisito l'abbonamento
- non saranno ammessi né il cambio di corso, né il recupero delle ore di corso non fruite, né la sospensione dell'abbonamento
- si potrà accedere ai corsi 24 ore dopo aver effettuato l'iscrizione

DICHIARO di avere preso completa ed attenta visione del Regolamento d'uso degli impianti sportivi del CUS Lecce, di accettarlo integralmente, d'impegnarmi al suo rispetto scrupoloso con particolare attenzi one all'art. 10 (Disciplina) e di esonerare il CUS Lecce ed il CUSI da ogni responsabilità per danni procurati a me stesso/a ed a terzi

Lecce, lì (data) _____

Firma (**obbligatoria**) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Io sottoscritto/a DICHIARO 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 protezione dei dati; c) dei diritti che mi spettano nella mia qualità di interessato; d) delle finalità del trattamento; e) delle modalità del trattamento; f) del diritto di revoca del consenso. Pertanto, sulla base delle informazioni ricevute, con la sottoscrizione della presente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, **acconsento**, liberamente ed espressamente, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa resami.

Firma (**obbligatoria**) _____

Compilazione a cura della Segreteria

scadenza certificato medico ____ / ____ / ____