



**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
TESSERAMENTO CUSI  
A.A. 2015/2016**

**LUDI  
UNIVERSITARI  
DI VICENZA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	
DATA DI NASCITA	LUOGO E PROV. DI NASCITA	
INDIRIZZO VIA/PIAZZA, N.	C.A.P.	COMUNE PROV.
E-MAIL (IN STAMPATELLO)	TELEFONO	
	CODICE FISCALE	

**Chiede l'iscrizione CUSI per la partecipazione ai Ludi Universitari di Vicenza**

sport / corso	squadra
---------------	---------

**Dichiara sotto la propria responsabilità di essere iscritto per l'A.A. 15/16 a:**

UNIVERSITÀ DI PADOVA	SEDE STACCATA DI VICENZA	NUMERO DI MATRICOLA / CODICE UNIVERSITARIO
UNIVERSITÀ DI VERONA	FACOLTÀ	

**Dichiara di accettare il Regolamento** organizzativo dei Ludi Universitari di Vicenza.

Prende atto che:

- la **tutela sanitaria** delle attività sportive è regolata dal D.M. 18/2/82 e D.M. 28/2/83. Il relativo certificato, deve essere consegnato alla Segreteria.

Ai sensi D.lgs. n. 196 30/06/03, recante disposizioni a "**tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali**", si informa che i dati da Lei forniti all'atto dell'iscrizione formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati saranno pertanto trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali. L'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Le conferisce la facoltà di esercitare specifici diritti in relazione a tali trattamenti (aggiornamento, rettifica, cancellazione, ecc.).

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali da parte del Cus Padova (e delle aziende-partner) al fine di ricevere informazioni commerciali, promozionali e pubblicitarie nel pieno rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. n.196 30/6/03. In qualsiasi momento potrò contattare il Cus Padova per modificare e cancellare i suddetti dati.      sì                  no

VICENZA, ...../...../.....

\_\_\_\_\_

Firma per autorizzazione

**PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA**

ATLETA <input type="checkbox"/>	RESPONSABILE SQUADRA _____ <input type="checkbox"/>
QUOTA TESS. UNIVERSITARIO €5,00 <input type="checkbox"/>	DEPOSITO CAUZIONALE €30,00 <input type="checkbox"/>
CERTIFICATO MEDICO <input type="checkbox"/>	RINNOVO <input type="checkbox"/> NUOVO TESSERAMENTO <input type="checkbox"/>