

**IL SOTTOSCRITTO**

---

**Cognome**

---

**Nome**

---

**Luogo di Residenza**

---

**CAP**

---

**Pr**

---

**Nazione**

---

**Codice Fiscale**

---

**Allegare copia Visita Medica**

---

**Data Scadenza Visita medica**

---

**Indirizzo E\_Mail**

---

**Telefono****RICHIEDE IL RILASCIO DELLA LICENZA CONDUTTORE AUTO****Quota associativa € 120,00 da versare tramite bonifico****Intestato a : T.I.M.EVENT asd****IBAN : IT 63 D 02008 12907 000105265196 - causale: "Tesseramento Cognome"****Inoltrare il presente modulo a [timcross@libero.it](mailto:timcross@libero.it) o Whatsapp 388 3974540 allegando****Rilascio Nuova Licenza :****copia fronte retro Documento di Identità, Codice Fiscale, Copia Certificato Medico e Ricevuta Pagamento.****Rinnovo Licenza :****Copia Certificato Medico e Ricevuta Pagamento.**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa a tutela della privacy (ex art. 13 del D.Lgs. 196/ 2003 ed ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679) - presta a T.I.M.Event asd il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet [www.timcross.eu](http://www.timcross.eu) ed esposta presso la sede dell'associazione.

ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO: Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabili sul sito [www.uisp.it](http://www.uisp.it) e presso il Comitato UISP.

---

**Luogo**

---

**Data**

---

**Firma**