**MODELLO SOCI ISCRITTI VOLONTARI (Barrare obbligatoriamente le caselle che interessano)**

**ALLA SEZIONE TSN PONTE SAN PIETRO**

Il sottoscritto …………………………………………………………nato a…………………………il……………………………

residente nel comune…………………………………………………………………provincia di…………………………………...

in via……………………………………………………………………………………………….cap…………………………………

Professione ………………………………………………………………….. ……Tel: ………………………………………………

Documento di riconoscimento tipo…………………………………………………n°………………………………………………

Rilasciato da …………………………………………………………………………………..In data………………………………..

Codice Fiscale ………………………………………………………………………………………………………...........................

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA SEZIONE TNS IN QUALITA’ DI**

|  |  |
| --- | --- |
| Socio Volontario | * Tiratore
* Frequentatore
* Dirigente
* Tecnico sportivo
* Ufficiale di gara
* Istruttore istituzionale UITS
 |

Consapevole delle responsabilità penali, richiamate ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.p.n. 445/2000, cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dei controlli effettuati in base all'art. 71 dei Testo Unico, nonchè, della decadenza dei benefìci eventualmente conseguiti sula base delle dichiarazioni non veritiera ai sensi del successivo art. 75 sotto la propria responsabilità

**Dichiara**

* di aver preso conoscenza delle disposizioni relative al Tiro a Segno Nazionale di PONTE SAN PIETRO
* e chiede di essere ammesso ti codesta Sezione impegnandosi ad osservare tutte le n'orme relative al Tiro a Segno e tutto quanto contemplato' nello Statuto della Sezione, nei Regolamenti della UITS e nei regolamenti d'uso del poligono ed a pagare annuale stabilita che si riferisce all'anno solare in corso In qualunque mese venga effettuato il pagamento;p
* di possedere i prescritti requisiti psicofisici come certificato dalla visita medica sostenuta presso le strutture sanitarie competenti;
* di essere cittadino italiano o di un Paese Unione Europea, di non aver riportato condanne penali passate in giudicato, per reati non colposi, a pene detentive superiori ad un anno, ovvero pene che comportino l’interdizione dai pubblici uffici per un periodo superiore ad un anno, di non aver riportato condanne per porto abusivo di armi; non essere sottoposto a misure preventive previste dalla Legge 27 Dicembre 1956 n° 1423 e successive modifiche (L. 327/88 e D.Lgs. 159/2011), di aver ottenuto la riabilitazione ai sensi dell’art. 178 c.p.;
* di prestare/aver prestato servizio nelle Forze/Corpi Armati dello Stato;
* di non aver prestato servizio armato;
* di aver prestato servizio civile dal ……………………….. al ………………………….. presso ……………………………;
* di aver presentato al Servizio nazionale Civile in data………………… il modulo di rinunzia allo status di obbiettore di coscienza;
* di trovarsi in regola con le condizioni previste dall’art. 15 comma 7-ter, della legge 230/1998 cosi come modificata dalla legge 130/07 per la perdita di detto status (decorrenza di almeno 5 anni dalla data di collocamento al decadimento in congedo militare);
* di aver il porto d’armi rilasciato da…………………………………………………. n.…………………………il ……………….;
* di comunicare tempestivamente tutte le variazioni dei propri dati personali e/o quelle relative al decadimento di qualsiasi requisito dichiarato in sede di iscrizione.

Luogo e data,………………………………….. Firma leggibile e per esteso……………………………………………….

Allega i seguenti documenti:

Certificato medico o porto d’armi in corso di validità o attestazione di servizio, fotografia, fotocopia documento d’identità, fotocopia codice fiscale, fotocopia porto d’armi (solo se in possesso)

|  |
| --- |
| **PER I MINORI****ATTO DI ASSENSO**Per ogni conseguente effetto di legge i sottoscritti genitoriPadre…………………………………………………………………documento……………………………………………………Madre………………………………………………………………. documento …………………………………………………….acconsentono che il minore ………………………………………nato a ……………………………. il…………………………codice fiscale ………………………………………………………..si iscriva alla Sezione TSN di PONTE SAN PIETRO Luogo e data…………………………………………………………Firma di entrambi i genitori……………………………………………………………………../……………………………………………………………..  |

|  |
| --- |
| **PER I DISABILI**Dichiaro di non aver mai sofferto e di non avere mai avuto una diagnosi medica di qualsiasi forma di epilessiaDichiaro di avere una diagnosi medica di epilessia, ma le mie condizioni sono stabili e non ho avuto attacchi epilettici o episodi di epilessia correlati da oltre 12 mesi.Si prega di indicare il tipo eli epilessia diagnosticata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dichiaro di avere una diagnosi medica di epilessia e di aver avuto attacchi epilettici o episodi di epilessia correlati negli ultimi 12 mesi.Si prega di indicare il tipo di epilessia diagnostica, la data, i dettagli della crisi epilettica o episodio di epilessia correlato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data………………………………………………………………………………….Firma…………………………………………….. |

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa ai sensi dell'art. 13 deI D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………………………………

Dichiara di essere stato informato sulle modalità del trattamento dei suoi dati personali. Dichiara altresì di essere 'consapevole che l'informativa 51 riferisce ai dati personali conferiti al Titolare per le finalità legate al tesseramento e/o all'affiliazione. Dlchiara, infine, di aver preso visione, accettato e ritirato copia dell’ “Informativa ex art. 13 GDPR sul trattamento dei dati personali svolto dalla UITS Unione Italiana Tiro a Segno”

Luogo e data,………………………………….. Firma……………………………………………….