



DOMANDA DI ISCRIZIONE a.a. 2025-2026

TESSERA
NAZIONALE N°

TESSERA
LOCALE N°

RICEVUTA N°

Io sottoscritto/a nome cognome

Se i dati non sono variati dallo scorso anno, indicare solo NOME, COGNOME, N° TESSERA LOCALE

data nascita comune di nascita

C.F. indirizzo CAP

città provincia telefono

cellulare e-mail sesso

CHIEDO

di potermi associare a codesta Università delle Tre Età - APS - Sede di Cesano M. e dichiaro di conoscere e accettarne integralmente lo Statuto, il Regolamento e di attenermi alle deliberazioni legalmente adottate dai suoi Organi associativi. Dichiaro inoltre di avere letto e sottoscritto il documento della privacy *Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.*

Verso contestualmente la quota associativa annuale determinata in € 100,00.

data firma

CHIEDO DI PARTECIPARE AI SEGUENTI CORSI E LABORATORI:

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

(solo per chi richiede attività di palestra)

Il/la sottoscritto/a

dichiara di non soffrire, e di non aver mai sofferto, di problemi cardiaci o di altre manifestazioni che possano creare pregiudizio allo svolgimento di esercizi non agonistici di palestra.

La presente costituisce pertanto liberatoria per l'Unitre per qualsiasi inconveniente, non dovuto a negligenza da parte dell'Unitre, che gli dovesse capitare nel corso delle lezioni svolte.

In fede

Cesano M.

.....

Firma