

**ALLA UNIONE NAZIONALE UFFICIALI IN CONGEDO D'ITALIA  
SEZIONE DI GALLARATE**

**Il sottoscritto, Grado, cognome e nome .....**

**Luogo di nascita ..... data di nascita .....**

**Domiciliato a ..... (Prov.....) CAP .....**

**Via .....n. civico .....**

**Reparto.....Telefono.....E-mail.....**

**Visita medica agonistica eseguita a ..... il ..... allegata in  
copia alla presente domanda**

**chiede**

**di partecipare come aspirante alla sessione di prove sportive volte al conseguimento del  
Deutsches Sportabzeichen-DSA (Brevetto Sportivo Tedesco) di seguito indicate anche  
come "DSA" che si terranno a**

**.....in data .....**

**Precisa che ha già superato positivamente alcune prove (indicare solo se si effettua un  
recupero) in data.....luogo.....**

**Inoltre segnala che ha già conseguito..... volte il DSA, l'ultima volta nell'anno.....**

**Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale:**

- che i dati personali e le notizie sopra riportati sono veritieri;**
- di partecipare liberamente ed a titolo strettamente personale al DSA;**
- di aver preso visione, conoscere, comprendere ed approvare il programma del DSA, con i  
parametri relativi alla propria classe di età, ricevuti in copia alla presente;**
- di godere di buona salute e di essersi adeguatamente allenato al superamento delle prove  
del DSA che comportano, per loro stessa natura e finalità, sforzo fisico e rischio di traumi  
anche gravi; a tal proposito conferma che nella visita per l'ottenimento del certificato  
medico agonistico sopra indicato si è sottoposto, tra gli altri, a ECG sotto sforzo, avendo  
ottenuto l'idoneità;**
- di assumersi ogni rischio comunque legato all'esecuzione del DSA ed all'attività fisica che  
esse implicano, sollevando sin da ora l'UNUCI ed i suoi Dirigenti, le FFAA ed ogni altra  
persona, Ente o Associazione da ogni responsabilità per gli eventuali danni alla propria  
persona e a terze persone e/o cose che dovessero occorrere in conseguenza e a motivo delle  
prove sportive;**
- di essere coperto da una polizza assicurativa contro gli infortuni;**
- di autorizzare l'UNUCI al trattamento dei propri dati personali secondo le vigenti leggi,  
al fine del conseguimento del DSA**
- di autorizzare l'UNUCI e i suoi dirigenti ad utilizzare fotografie, immagini, video, filmati  
e ogni altro materiale che mi riguarda e mi ritrae inerente lo svolgimento del DSA per la  
pubblicazione e diffusione su organi di stampa, social, notiziari, quotidiani, televisioni etc  
anche per promuovere, pubblicizzare, sponsorizzare attività, eventi, associazioni,  
istituzioni, società che a vario titolo partecipano all'organizzazione del DSA. Mi obbligo  
altresì a non utilizzare in alcun modo le immagini che ritraggono altri partecipanti  
all'evento, ivi comprese le fotografie di gruppo senza preventiva autorizzazione dei soggetti  
ritratti.**

**Località data**

**L'ASPIRANTE**