



**SOGGIORNO MARINO ESTATE 2024
PERIODO 10 GIUGNO – 23 GIUGNO 2024 (Compreso)**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per gli anziani residenti nei Comuni di Borgonovo V.T, Sarmato, Ziano P.no e Pianello V.T

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a

in Via n°

tel. personale: abitazione.....

cell.

referente

(cognome e nome)

(rapporto di parentela con il richiedente)

recapiti persona referente: abitazione.....

Cell.

e-mail

CHIEDE

di poter partecipare al soggiorno marino organizzato in località **RICCIONE (RN)** presso l'**HOTEL MORESCO**, nel periodo da Lunedì 10 Giugno a Domenica 23 Giugno 2024 (Compreso)

CON SISTEMAZIONE IN CAMERA:

- DOPPIA/MATRIMONIALE /TRIPLA al costo di € 49,00 al giorno (€ 686,00 a persona)
- SINGOLA al costo di € 59,00 al giorno (€ 826,00)
- CAMERA DOPPIA ad uso singola € 64,00 (€ 896,00)

con il/la Sig./ra _____

con il/la Sig./ra _____

- di provvedere al versamento della quota di partecipazione, direttamente alla struttura alberghiera;

La quota comprende trattamento in pensione completa, bevande ai pasti (1/2 lt. di acqua minerale e 1/4 lt. di vino a pasto)

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di sollevare il Comune di residenza da qualsiasi responsabilità in merito al mio stato di salute, relativamente al soggiorno marino estivo, presso l'Hotel MORESCO per il periodo decorrente dal 10 Giugno al 23 Giugno 2024 (Compreso) ;
- di essere consapevole che l'eventuale accompagnatore individuato dal Comune non svolge funzioni infermieristiche o assistenziali, ma solo di orientamento e funge da tramite nei confronti dell'albergatore e dei familiari in caso di bisogno;
- di esonerare il Comune da ogni responsabilità per danni ed infortuni che dovessero verificarsi durante il viaggio e il soggiorno.

Dichiaro inoltre di essere stato informato:

- che le camere saranno assegnate ai richiedenti in ordine di presentazione delle domande fino ad esaurimento delle stanze disponibili, dando precedenza alle richieste di camere doppie;
- che nel caso sia tenuto a terapie mediche o diete particolari, ho l'obbligo di portare al seguito i farmaci e non interrompere l'eventuale terapia medica a cui sono sottoposto, così come indicato nella scheda sanitaria allegata;
- che le spese di viaggio in pullman saranno pagate dal Comune di residenza;
- di essere a conoscenza che, **in caso di rinuncia successiva alla chiusura delle iscrizioni, dovrò provvedere al pagamento dell'eventuale penalità richiesta dall'albergo.**

La presente domanda costituisce dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e a tal fine si allega fotocopia di un documento d'identità.

Si allega alla presente domanda, scheda sanitaria, debitamente compilata, timbrata e sottoscritta dal medico curante.

Data

Firma

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Reg.UE 2016/679 e D.Lgs.196/2003, così come modificato ed integrato dal D.Lgs.101/2018, stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili ai seguenti link:

<https://www.privacylab.it/archive.php?id=2252910&idDoc=51&idTarget=437425&output=html>

https://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_emilia_romagna/_sarματο/230_alt_con/2018/0001_Documenti_1543657254598/