

SOGGIORNO ADULTI

O CESENATICO

PERIODO N.
DAL AL

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il residente a

CAP in Via N.

tel. n° E-mail.

C.F.

dichiara sotto la propria responsabilità di essere autosufficiente nello svolgimento dei normali atti della vita quotidiana e che non necessita di alcuna assistenza particolare e

CHIEDE

di essere ammesso/a al soggiorno per adulti organizzato dal Consorzio Case di Vacanze dei Comuni Novaresi in CAMERA CON

..... parentela data di nascita residenza

..... parentela data di nascita residenza

..... parentela data di nascita residenza

..... parentela data di nascita residenza

..... parentela data di nascita residenza

note:

.....

.....

VIAGGIO: MEZZO PROPRIO ☐ AUTOBUS A ☐ R ☐

DICHIARA

Di essere informato del fatto che le somme versate a titolo di caparra non saranno restituite in caso di mancata partenza, e che le richieste per eventuali rimborsi delle cifre versate a saldo dovranno essere presentate alla Segreteria del Consorzio entro e non oltre il giorno 30.09.2025.

Li,

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

CONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi di quanto previsto dalla GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali).

Si precisa che i dati saranno trattati dal Consorzio Case Vacanze dei Comuni Novaresi e dalla Concessionaria Club Family Holiday S.r.l. per le sole finalità connesse allo svolgimento del servizio.

In fede.

Luogo....., data

Firma
