



### SOGGIORNO ADULTI

Parte riservata al Consorzio

**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 30.09.2022.

Li , \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

## **CONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali).

In fede.

Luogo....., data .....

Firma

---