

COMUNE DI .....

GARGALLO

### SOGGIORNO ADULTI

Parte riservata al Consorzio


**O CESENATICO**

PERIODO N. ....  
DAL ..... AL .....

**O DRUOGNO**

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 24/09/2021.

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

---