



**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 30.09.2024.

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 Sorico S.r.l. per le sole finalità connesse allo svolgimento del servizio.

In fede.

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

Firma

---