

OGGETTO: Soggiorno climatico estivo anziani. Anno 2025.

DOMANDA PER I SOGGIORNI CLIMATICI E CURE TERMALI anno 2025

Il sottoscritto.....
Nato/ail.....
Residente a CAVALLINO in via.....
Telefono.....

CHIEDE

di partecipare al soggiorno climatico/termale MONTICELLI TERME4* HOTEL DELLE ROSE4*-MONTICELLITERME previsto per il periodo dal 31/08/2025 al 13/09/2025.

Alla presente domanda allegano:

- impegnativa del medico relativa alle cure che si intendono effettuare;
- ricevuta di versamento di acconto pari a € 215,00. Il Saldo avverrà con le modalità di seguito descritte.

PAGAMENTO:

Costo totale
€ 1.140,00 per
persona.

- **ACCONTO: 215 € al momento dell'iscrizione entro 15 luglio 2025**
- **SALDO entro il 14 agosto 2025, per € 925,00.**

Indicare NOME + COGNOME + codice vacanza nr 64912

RIFERIMENTI BANCARI:

VOLKSBANK BANCA POPOLARE DELL'ALTO ADIGE - FILIALE DI MAROSTICA
IBAN: IT19T0585660500151571361465

RIFERIMENTI POSTALI:

IBAN : IT60E0760111800001034889707

Il sottoscritto dichiara:

- di accettare incondizionatamente tutte le scelte che saranno fatte dall'Amministrazione in merito all'organizzazione, alla località e allo svolgimento dei soggiorni;
- in caso di impedimenti di varia natura, di provvedere a proprie spese a rientrare anticipatamente nel proprio luogo di residenza, o a permanere, sempre a proprie spese nel luogo del soggiorno, oltre al periodo estivo;
- di assumersi in proprio ogni e qualunque responsabilità per eventuali danni subiti dalla propria persona o arrecati a strutture, attrezzature e terzi conseguenti e derivanti dalla partecipazione al soggiorno climatico.

Il sottoscritto esonera il Comune di Cavallino da ogni responsabilità inerente il servizio prestato, non imputabile a dolo o colpa grave dell'Amministrazione comunale, rinunciando a qualsiasi diritto di rivalsa anche nel caso in cui il soggiorno non venga effettuato per cause non imputabili a questa Amministrazione.

Cavallino, _____

FIRMA

DICHIARAZIONE DI MANLEVA

Il sottoscritto nato a
il Professione Residente in
via n°
Cap
Città
Provincia
Recapito telefonico Email
Documento d'identità numero
in relazione alla organizzazione del servizio richiesto

DICHIARA

di manlevare nel modo più ampio per sè e per i suoi successori ed aventi causa a qualsiasi titolo il Comune di Cavallino da ogni responsabilità e da qualsiasi obbligazione di corrispondere compensi di alcun genere a titolo di risarcimento danni, indennizzi, rimborsi, ecc. nell'eventualità di violazione delle regole di comportamento legate all'ordine pubblico ed alle prescrizioni igienico sanitarie e limitazioni previste dall'emergenza sanitaria conseguente all'epidemia di Covid-19 .

Cavallino, _____

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (nel seguito anche "Regolamento UE" o "GDPR"), i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo