

**AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI  
CAVALLINO (LE)**

**OGGETTO: Soggiorno climatico estivo anziani. Anno 2025.**

**DOMANDA PER I SOGGIORNI CLIMATICI E CURE TERMALI anno 2025**

La/ilsottoscritta/o .....

Nata/o.....il.....

Residente a CAVALLINO via.....

Telefono.....

e il/la sottoscritta/o.....

Nata/o.....il.....

Residente a CAVALLINO via.....

Telefono.....

**CHIEDONO**

**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 a partecipante. L'importo richiesto è di euro 215,00 € per persona. Il Saldo avverrà con le modalità di seguito descritte.

---

**PAGAMENTO:**

costo totale  
€ 815,00 per  
persona.

- **ACCONTO: € 215 per persona al momento dell'iscrizione entro 15 luglio 2025**
- **SALDO entro il 14 agosto 2025, di € 600,00 per partecipante.**

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/I sottoscritto/i dichiarano:

- 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