



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 30.09.2025.

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 Club Family Holiday S.r.l. per le sole finalità connesse allo svolgimento del servizio.

In fede.

Luogo....., data

Firma
