Soggiorno marino inverno
DALL'11 AL 24 GENNAIO 2027

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per gli anziani residenti nei Comuni di Borgonovo V.T., Sarmato, Ziano P.no, Pianello V.T., Castel San Giovanni, Alta Val Tidone

Il/La sottoscritto/a ……...

nato/a ……il …….

Residente a……

In Via……n°……..

Tel. personale: abitazione ……cell …….

Dati del referente

(Nome e Cognome) ……

(Rapporto di parentela con il/la richiedente) ……...

(Abitazione) ……..

(Cell)……..*(E-mail)* ……..

CHIEDE

di poter partecipare al soggiorno marino organizzato in località LOANO (sv) presso **HOTEL VILLA LINA**, nel periodo **dall'11 al 24 gennaio 2027** (compreso)

con sistemazione in camera:

☐ DOPPIA A USO SINGOLA in pensione completa al costo di € 72,00 al giorno (costo totale € 1.008,00 a persona)

☐ DOPPIA/MATRIMONIALE in pensione completa al costo di € 50,00 al giorno (costo totale € 700,00 a persona)

☐ SINGOLA (senza ascensore) in pensione completa al costo di € 65,00 al giorno (costo totale € 910,00 a persona)

Con il/la Sig./Sig.ra…….

COMUNE DI BORGONOVO V.T. | COMUNE DI ZIANO P.NO | COMUNE DI SARMATO | COMUNE DI PIANELLO V.T. | COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI | COMUNE DI ALTA VAL TIDONE

☐ di provvedere al versamento della quota di partecipazione, direttamente alla struttura alberghiera

La quota comprende trattamento in pensione completa, bevande ai pasti (acqua e vino della casa inclusi ai pasti)

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

☐ di sollevare il Comune di residenza da qualsiasi responsabilità in merito al mio stato di salute, relativamente al soggiorno marino invernale, presso l'Hotel Villa Lina per il periodo dall'11 al 24 gennaio 2027 (compreso):

☐ di essere consapevole che l'eventuale accompagnatore individuato dal Comune non svolge funzioni infermieristiche o assistenziali, ma solo di orientamento e funge da tramite nei confronti dell'albergatore e dei familiari in caso di bisogno;

☐ di esonerare il Comune da ogni responsabilità per danni e infortuni che dovessero verificarsi durante il viaggio e il soggiorno

Dichiaro inoltre di essere stato informato/a:

☐ che le camere saranno assegnate ai richiedenti in ordine di presentazione delle domande fino a esaurimento delle stanze disponibili, dando precedenza alle richieste di camere doppie;

☐ che nel caso sia tenuto a terapie mediche o diete particolari, ho l'obbligo di portare al seguito i farmaci e non interrompere l'eventuale terapia medica a cui sono sottoposto, così come indicato nella scheda sanitaria allegata;

☐ che le spese di viaggio in pullman saranno pagate dal Comune di residenza;

☐ di essere a conoscenza che, **in caso di rinuncia successiva alla chiusura delle iscrizioni, dovrò provvedere al pagamento dell'eventuale penalità richiesta dall'albergo**;

☐ che il servizio potrà essere eventualmente rimodulato sulla base dell'andamento epidemiologico e delle normative vigenti ed eventualmente future, in materia di contenimento di eventuali pandemie.

La presente domanda costituisce dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli artt.38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e a tal fine si allega fotocopia di un documento d'identità.

Si allega alla presente domanda scheda sanitaria debitamente compilata, timbrata e sottoscritta dal medico curante.

Data …… Firma ……

Si allega alla presente domanda

- ☐ Copia documento identità
- ☐ **Ad avvenuta conferma:** scheda sanitaria, debitamente compilata, timbrata e sottoscritta dal medico curante.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)
Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link: https://www.comune.sarmato.pc.it/it/privacy

Trattamento dati ☐ Con la compilazione della presente domanda autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Reg. UE n. 2016/679, come da informativa