

AL CONSORZIO INTERCOMUNALE SOGGIORNI CLIMATICI - VERONA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI SOGGIORNI ANNO 2018**

il/la sottoscritto/a		
nato a		il
residente a		in via
cap	telefono	telefono di un familiare
e-mail		
codice fiscale		

**con il compagno di stanza / coniuge**

il/la sottoscritto/a		
nato a		il
residente a		in via
cap	telefono	telefono di un familiare
e-mail		
codice fiscale		

chiede/chiedono di partecipare al seguente soggiorno organizzato dal Consorzio:

Località	Periodo	Tipo stanza (singola, doppia, multipla)

A tale scopo dichiara:

- di essere a conoscenza che il Consorzio Intercomunale Soggiorni Climatici si riserva la facoltà di annullare soggiorni che non dovessero raggiungere un numero adeguato di partecipanti o qualora condizioni particolari rendessero indisponibili le strutture proposte;
- che quanto esposto nei dati anagrafici corrisponde a verità e di essere a conoscenza che, in caso di false dichiarazioni, verranno applicate le sanzioni penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
- di essere a conoscenza delle condizioni e delle modalità stabilite per la fruizione del servizio, che accetta, anche in riferimento a quanto stabilito dal regolamento consortile di accesso ai soggiorni;
- di esonerare il Consorzio Intercomunale Soggiorni Climatici da ogni responsabilità, con l'eccezione del dolo o colpa grave, ivi compresa quella per fatto o atto proprio che dovesse insorgere durante il soggiorno;
- di essere a conoscenza che, ai sensi della Legge n. 196/2000 (cosiddetta della riservatezza dei dati personali), i dati personali saranno utilizzati dal Consorzio e dai propri collaboratori tecnici esclusivamente per l'organizzazione della presente iniziativa e per la comunicazione di altre iniziative simili organizzate dal Consorzio stesso. Il sottoscritto potrà esercitare in ogni momento i diritti di cui alla Legge 675/96 (accesso ai propri dati, modifica o cancellazione degli stessi).

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma 1° partecipante)

\_\_\_\_\_  
(firma 2° partecipante)

## SCHEDA SANITARIA

Questa scheda, la cui compilazione è facoltativa per la partecipazione ai soggiorni del Consorzio Intercomunale Soggiorni Climatici, può costituire un valido aiuto per il medico che dovesse assistervi in caso di malattia durante la vostra vacanza. V'invitiamo a compilarla in stampatello o con scrittura leggibile, possibilmente con l'aiuto del vostro medico di famiglia. Chiudetela quindi in una busta, scrivete all'esterno in vostro nome/cognome e soggiorno (località, hotel e turno) al quale siete iscritti e consegnatela all'accompagnatore. L'accompagnatore conserverà le buste sino alla fine del soggiorno, quando vi sarà restituita. Potrà essere aperta esclusivamente da personale medico infermieristico nel caso di necessità.

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO DI NASCITA.....

A.L.S. N. .... CODICE FISCALE .....

MEDICO CURANTE .....TELEFONO .....

MALATTIE DI CUI SI SOFFRE .....

.....

.....

.....

MEDICINE DI USO ABITUALE .....

.....

.....

.....

EVENTUALI ALLERGIE A MEDICINALI .....

.....

.....

.....

DATA .....

\_\_\_\_\_  
(firma di chi ha compilato la scheda)

AL CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
SOGGIORNI CLIMATICI  
VIA MACELLO, 23  
37121 VERONA

Verona, \_\_\_\_\_

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

consapevole che in caso di false dichiarazioni potrà venire allontanato dal soggiorno a cui si è iscritto, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara di essere in grado di provvedere autonomamente:

- alla cura ed igiene della propria persona;
- ad assumere i medicinali di cui abbisogna;
- a seguire eventuale dieta cui deve sottostare;
- a camminare non avendo particolari problemi di deambulazione nè spazio/temporali.

Dichiara, pertanto, di non richiedere al Consorzio la fornitura di supporti personali e/o strumentali per la propria gestione personale.

Sollewa altresì l'amministrazione da ogni responsabilità da fatti che dovessero insorgere nel corso di attività che verranno proposte e a cui dovesse aderire nel corso della propria vacanza.

Dichiara altresì che il proprio stato di salute è compatibile con un soggiorno per persone autosufficienti:

- marino;
- montano;

e con il relativo viaggio in:

- pullman;
- aereo.

\_\_\_\_\_  
*firma*

- Allega fotocopia della carta d'identità per autentica della firma.
- Si dichiara che la firma è stata apposta in mia presenza dalla persona cui trattasi:

\_\_\_\_\_  
*timbro e firma del funzionario pubblico che ha ricevuto l'autocertificazione*