

MODULO di Iscrizione

STare Assieme... in Abruzzo 2019 SERENA MAJESTIC HOTEL RESIDENCE

65015 Montesilvano (PE)

dal 24 agosto al 31 agosto 2019

1. Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Nato il	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
Professione	<input type="text"/>	Allergie alimentari*	<input type="text"/>
Tel. Cell.	<input type="text"/>	@mail	<input type="text"/>

in regola con la quota socio AST onlus anno 2018 e 2019 dichiara di voler partecipare al Progetto Vacanza Sociale

STare Assieme... in Abruzzo 2019

SI ISCRIVONO INOLTRE: (tutti i dati sono OBBLIGATORI; indicare in modo leggibile tutti i dati richiesti)

2. Nome	_____	Cognome	_____
Nato il	_____	A	_____
Codice Fiscale	_____		
Indirizzo	_____		
CAP	_____	Città	_____
Professione	_____	Allergie alimentari*	_____
3. Nome	_____	Cognome	_____
Nato il	_____	A	_____
Codice Fiscale	_____		
Indirizzo	_____		
CAP	_____	Città	_____
Professione	_____	Allergie alimentari*	_____
4. Nome	_____	Cognome	_____
Nato il	_____	A	_____
Codice Fiscale	_____		
Indirizzo	_____		
CAP	_____	Città	_____
Professione	_____	Allergie alimentari*	_____
5. Nome	_____	Cognome	_____
Nato il	_____	A	_____
Codice Fiscale	_____		
Indirizzo	_____		
CAP	_____	Città	_____
Professione	_____	Allergie alimentari*	_____

6. Nome _____ Cognome _____
 Nato il _____ A _____
 Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____
 CAP _____ Città _____
 Professione _____ Allergie alimentari* _____

* L'AST non si assume responsabilità relativamente all'alimentazione, ma comunicherà le allergie alla struttura. Il menù è molto vario; altre eventuali richieste andranno sottoposte direttamente alla struttura.

- Il soggiorno inizierà con la cena di Sabato 24 e finirà con il pranzo di Sabato 31. La Struttura dà la possibilità di scegliere se, invece del pranzo del giorno di partenza, si preferisca il pranzo del giorno di arrivo (entrambi i pranzi non sono ammessi) ed è obbligatorio comunicare tale informazione in fase di prenotazione. Indicare qui la vostra scelta:

Pranzo 24/08/2019 Pranzo 31/08/2019

- Si richiede l'utilizzo di un educatore per [nome e cognome] _____ :
 (barrare voce interessata)

Per 24 ore = pernottato in camera con educatori dai 14 anni	<input type="checkbox"/>
Per l'intera giornata, notturno escluso pernottato con familiari	<input type="checkbox"/>
Solo mattina	<input type="checkbox"/>
Solo pomeriggio	<input type="checkbox"/>
Non interessato	<input type="checkbox"/>

- Relativamente al numero di partecipanti iscritti richiede la/e camera/e:
 (Indicare il numero delle camere e i nominativi degli ospiti per camera)

STANZA	LETTO/I*	N°	Nominativi
Singola	Singolo		
Doppia	MAT		
	TW		
Tripla	MAT+X		
	X+X+X		
Quadrupla	TW+X+X		
	MAT+X+X		

*Legenda:		
X= 1 letto	X+X+X= 3 singoli	Quadrupla= 4° letto a castello
TW= 2 letti singoli	MAT=letto matrimoniale	

**NON ESISTONO
CAMERE
QUINTUPLE**

- Ho preso nota dell'informativa allegata con date di svolgimento, prezzi, e regolamento.
- Sono a conoscenza delle procedure di precedenza alle famiglie con persone affette al seguito, rispetto a familiari non conviventi, parenti, amici in caso di overbooking dei posti opzionati.
- Ho eseguito il versamento della caparra pari a euro 200,00 per gli adulti e 100,00 euro per i bambini paganti, come da istruzioni indicate nell'informativa.

Firma _____

ENTRO il 30/04/2019

Inviare scansionato e firmato via mail a info@sclerosituberosa.org

oppure stampato e firmato via fax allo 06/45427883

VERSAMENTO CAPARRA: Associazione Sclerosi Tuberosa onlus

Iban IT 92 X 03359 01600 1000 0000 3561

c.c.p. 96653001

Cellulare di riferimento per informazioni: segreteria AST (Arianna) 338 6256151 (Liliana) 338 6747922

INFORMATIVA PER LA PRIVACY

Gli iscritti dichiarano di conoscere i contenuti del progetto “Stare Assieme in Abruzzo 2019” ed in particolare:

- Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy allegata;
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme;
- Di dare il proprio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione;
- Di essere a conoscenza che per l'organizzazione di tali progetti “Stare Assieme in Abruzzo” è indispensabile la raccolta dei dati personali e di particolari categorie di dati. I dati verranno trattati con modalità elettroniche e manuali, conservati per la durata prevista dalla legge. Ai dichiaranti spettano i diritti di cui agli artt 7-13 del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 che potranno essere esercitati rivolgendosi al titolare del trattamento, Associazione Sclerosi Tuberosa – Via Attili Ambrosini, 6 – 00147 Roma.

N.B.: mettere una X nelle caselle indicando: “**In proprio**” se si firma per se stessi, “**Genitore**” se la persona iscritta è minore, “**Amministratore di sostegno**” se si è amministratore di sostegno della persona iscritta, “**Curatore**” se si è curatore della persona iscritta.

I maggiorenni che non hanno amministratore o curatore debbono firmare in proprio (non è consentita la rappresentanza al genitore).

Firma partecipante numero 1: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 2: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 3: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 4: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 5: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 6: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore

- Sono a conoscenza che durante lo svolgimento delle attività verranno effettuate registrazioni foto/video/audio che coinvolgeranno i partecipanti, al fine di documentare l'andamento dei progetti e in relazione a questo si seguito esprimo o nego il consenso:

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 1:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 2: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 3: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 4: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 5: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE N° 6: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

Luogo _____ Data _____