

MODULO di Iscrizione
“STare Assieme...in Emilia Romagna 2025”
Hotel Kursaal***
Via Litoranea Sud, 36- Misano Adriatico (RN)
dal 26 luglio al 2 agosto 2025

1. Nome _____ Cognome _____
Nato il _____ A _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____
Professione _____ Allergie alimentari* _____
Tel. Cell. _____ @mail _____

in regola con la quota sociale anni 2023, 2024 e 2025, dichiara di voler partecipare al Progetto Vacanza Sociale “STare Assieme...in Emilia Romagna 2025”

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 comunicerà le allergie alla struttura. Il menù è molto vario; altre eventuali richieste andranno sottoposte direttamente alla struttura.*

Il soggiorno ha inizio con il pranzo di sabato 26 luglio e termina con la colazione di sabato 2 agosto.

- infant 0-2 anni per culla	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Quanti? _____
- Cani al seguito?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Quanti? _____

- per [nome e cognome] _____

- Si richiede l'utilizzo di un educatore:
- Per 24 ore = pernottato in camera con educatori dai 14 anni
 - Per l'intera giornata, notturno escluso pernottato con familiari
 - Solo mattina
 - Solo pomeriggio
- Non interessato

- Relativamente al numero di partecipanti iscritti richiede la/e camera/e:
(barrare voce interessata)

CAMERE SINGOLE DISPONIBILI SOLO 1

Tipologia -> Letti ->	Camera							dichiarare compagni di camera per ogni partecipante, se richiesto educatore H24 scrivere "Educatore"
	Sing.	Doppia		Tripla		Quadrupla		
Isritto	X	MAT	TW	MAT +	TW +	TW +	MAT +	
				X	X	X+X	X+X	In camera con:
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

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

**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 a persona come da istruzioni indicate nell'informativa.

Firma _____

allego copia della certificazione di invalidità (L.104/art. 3 comma 3) per l'esonero della tassa di soggiorno.

ENTRO il 23/04/2025

- Inviare il presente modulo scansionato e firmato via mail a info@sclerosituberosa.org
- Effettuare il versamento caparra e ed inviare copia in allegato al modulo
Associazione Sclerosi Tuberosa
c/o Banca Intesa Sanpaolo – iban IT48T 03069 09606 100000003561
c.c.p. 96653001
Causale : Caparra Stare Assieme 2025

Per informazioni sulle iscrizioni:

segreteria AST 3386747922 (Elisabetta) - Manuela Magni: 3384869525

Per informazioni relativamente agli educatori:

Debora Pitruzzello: 3715444806

INFORMATIVA PER LA PRIVACY

Gli iscritti dichiarano di conoscere i contenuti del progetto “STare Assieme... in Emilia Romagna 2025” 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 del progetto “STare Assieme” 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 Attilio Ambrosini 72 – 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:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			
Firma partecipante numero 2:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			
Firma partecipante numero 3:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			
Firma partecipante numero 4:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			
Firma partecipante numero 5:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			
Firma partecipante numero 6:	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome e nome _____	Firma _____			

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 del progetto 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, sulla 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, sulla 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, sulla 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, sulla 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, sulla 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, sulla 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 _____