ASSOCIAZIONE SCLEROSI TUBEROSA

APS – Associazione di Promozione Sociale (D.Lgs. 117/17)

MODULO di Iscrizione
"STare Assieme…in Puglia 2026"
dal 26 luglio al 2 agosto 2026
Hotel Club Santa Sabina****
Contrada Pezze Morelli - Torre Santa Sabina (BR)
https://www.hotelclubsantasabina.it/

1. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

Tel. Cell. _____ @mail _____

in regola con la quota per l'anno 2026, dichiara di voler partecipare al Progetto Vacanza Sociale

STare Assieme… **in Puglia 2026**

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

2. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod. Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

3. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

4. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

5. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

6. Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ A _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Professione _____ Allergie alimentari* _____

Il soggiorno inizierà con la cena di domenica 26 luglio e finirà con il pranzo di domenica 2 agosto.

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

Richiesta Educatore *[nome e cognome partecipante)*_____

☐ Si richiede l'utilizzo di un educatore:

- ☐ Per 24 ore = pernotto in camera con educatori dai 14 anni
- ☐ Per l'intera giornata, notturno escluso pernotto con familiari
- ☐ Solo mattina
- ☐ Solo pomeriggio

☐ Non interessato

Cani al seguito max 10 kg 10.00 euro al giorno No ☐ Sì ☐ Quanti? _____

Relativamente al numero di partecipanti iscritti richiede la/e camera/e:

(barrare voce interessata)

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

***Legenda:**	
X= 1 letto TW= 2 letti singoli	X+X+X= 3 singoli MAT=letto matrimoniale

- 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.

Termine iscrizione ed invio documentazione completa ENTRO e non oltre il 29/04/2026.

VERSAMENTO CAPARRA

Associazione Sclerosi Tuberosa

- Conto corrente Banca Intesa Sanpaolo –iban IT48T 03069 09606 100000003561
- Conto corrente postale n 96653001

Inviare la scansione del modulo (compilato in ogni sua parte e firmato) e copia pagamento via mail a: segreteria.ast@sclerosituberosa.org

Contatti di riferimento:

Informazioni su iscrizioni e logistica:
Segreteria AST 3386747922 (Elisabetta)
Manuela Magni: 3384869525
Attardi Francesca 3384265535
Relativamente agli educatori:
Debora Pitruzzello: 3513934585

- 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, 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, 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, IG 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 _____

INFORMATIVA PER LA PRIVACY

Gli iscritti dichiarano di conoscere i contenuti del progetto "STare Assieme… in Puglia 2026" 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 Aristide Leonori,113 – 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:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ Curatore
Cognome e nome _____		Firma _____		
Firma partecipante numero 2:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ Curatore
Cognome e nome _____		Firma _____		
Firma partecipante numero 3:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ Curatore
Cognome e nome _____		Firma _____		

Firma partecipante numero 4:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ Curatore
Cognome e nome _____		Firma _____		
Firma partecipante numero 5:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ Curatore
Cognome e nome _____		Firma _____		
Firma partecipante numero 6:	☐ In proprio	☐ Genitore	☐ Amministratore di sostegno	☐ 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:

Luogo _____ Data _____