

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Comune di Pontenure                         |  |
|  | Ufficio destinatario<br>Ufficio Istruzione, Sport, Cultura, Associazionismo |  |

## Domanda di adesione ai soggiorni invernali

| Il sottoscritto    |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        |                | Nome             |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             |  | Cittadinanza   |                               |       |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Residenza          |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Provincia          | Comune |                | Indirizzo        |                             |  | Civico         | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                    |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |

### CHIEDE

di essere invitato al sotto indicato soggiorno marino invernale ad Alassio

| <input type="radio"/> | in stanza con le seguenti persone  |         |      |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|---------|------|--|--|--|--|--|--|
|                       | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Cognome</th> <th style="width: 50%;">Nome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Cognome | Nome |  |  |  |  |  |  |
| Cognome               | Nome   |         |      |  |  |  |  |  |  |
|                       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |
|                       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |
|                       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> | in stanza singola  |         |      |  |  |  |  |  |  |

### CHIEDE INOLTRE

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | la proroga di una settimana del soggiorno |
|--------------------------|---|

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di sollevare il Comune di Pontenure da qualsiasi responsabilità in merito al proprio stato di salute in relazione alla partecipazione al soggiorno
- di essere a conoscenza che l'accompagnatore, individuato dal Comune, non svolge funzioni infermieristiche o assistenziali ma solo di orientamento e funge da tramite nei confronti dell'albergatore e dei famigliari in caso di bisogno

### COMUNICA

in caso di bisogno la seguente persona come riferimento

| Cognome | Nome | Grado di parentela | Telefono |
|---------|------|--------------------|----------|
|         |      |                    |          |

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>copia del documento di identità</b><br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <b>altri allegati</b> (specificare)  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Pontenure

Luogo

Data

Il dichiarante