



Iscriz. n. \_\_\_\_\_

**ESERCIZI SPIRITUALI A RE**

dal ..... al .....

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico durante gli esercizi in caso di bisogno \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al corso di Esercizi spirituali in programma a Re.

A questo proposito verso la quota di iscrizione pari a € \_\_\_\_\_ impegnandosi a versare il saldo prima della partenza pari a € \_\_\_\_\_.

A chi **disdice** la propria iscrizione soltanto **10 giorni** prima della partenza, non potrà essere restituita la quota d'iscrizione.

Di essere possibilmente in camera con \_\_\_\_\_

**DIETA DA SEGUIRE**

in bianco

cammino da solo

senza sale

in carrozzina

senza zucchero

in barella

Data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma dei genitori per i ragazzi minorenni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



***Informativa sulla tutela dei dati personali***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà sia i dati personali che i dati "sensibili" (di cui all'art. comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni ed organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali necessari al proseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa.

Presto il consenso

Nego il consenso

Presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili necessari al proseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa.

Presto il consenso

Nego il consenso

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma leggibile: \_\_\_\_\_



**SCHEDA PAZIENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

allergie a farmaci: \_\_\_\_\_

int. chirurgici importanti: \_\_\_\_\_

diabete: \_\_\_\_\_

ipertensione: \_\_\_\_\_

cardiopatie: \_\_\_\_\_

altre malattie importanti \_\_\_\_\_

incontinenza: \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN CORSO**

ORA SOMMINISTRAZ.	FARMACO	DOSE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EVENTUALI DIETE DA SEGUIRE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Viaggio: disteso \_\_\_\_\_ seduto \_\_\_\_\_ trasp. in ambulanza \_\_\_\_\_

Medico di base: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma leggibile: \_\_\_\_\_