

GRUPPO \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

(Riservato alla direzione)

--	--

**Associazione SILENZIOSI OPERAI DELLA CROCE**

Ente giuridico riconosciuto con D.P.R. n. 1531 del 06/11/1960 ONLUS

Cod. Fisc. 80159770587 - P. IVA 02129921009

Primaria nella Confederazione Internazionale dei

**Centri Volontari della Sofferenza** - Via Matteotti, 6 - 25018 MONTICHIARI (BS)

Tel. 030/9961238 - Fax 030/9652665

e-mail: montichiari@sodecvs.org

**AMMALATI**

**PELLEGRINAGGIO A LOURDES**

**DAL** \_\_\_\_\_ **AL** \_\_\_\_\_

**Si prega di rispedire alla Direzione il presente modulo debitamente compilato IN STAMPATELLO.**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DIETA DA SEGUIRE**

In bianco (Epatici)

Senza sale

Diabetici

Celiaci

Alimentazione enterale

Consegna certificato medico

Con carrozzina personale

Cammina da solo

In barella

Segnalazioni eventuali \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**BARELLATA**

**CAMERA SINGOLA**

**In treno con** \_\_\_\_\_

**In sala a Lourdes con** \_\_\_\_\_

**Quota di partecipazione €** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Quota versata per iscriz. €** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Quota versata a saldo €** \_\_\_\_\_

Entro 15 giorni prima della partenza

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Modalità del pagamento** \_\_\_\_\_

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

Firma del malato \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Ad ogni domanda deve essere allegato il certificato medico in busta chiusa, secondo il modulo appositamente preparato e al quale la Direzione medica si atterrà scrupolosamente. Essendo contati i posti per barellati, la Direzione accetterà soltanto quelli che come tali verranno indicati dal medico. Non verranno tenute in considerazione le iscrizioni non accompagnate dalla relativa quota d'iscrizione. Per i bambini e per i minorenni occorre il certificato di assenso dei genitori con il tesserino della Questura

**NB. Leggere, compilare e firmare autorizzazione al trattamento dei dati personali (per la privacy - retro).**

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 – GDPR**

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

Consapevole che, trattandosi di documentazione personale e anche di natura sanitaria, i dati verranno conservati in archivio per il tempo normativamente previsto,

**AUTORIZZA**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 e del nostro Documento di Conformità dei dati personali, pubblicato nel sito [www.luiginovarese.org](http://www.luiginovarese.org) nella sezione privacy, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio

CONSENSO

DISSENSO

al trattamento dei dati personali forniti.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_