



Circolo Ricreativo tra Dipendenti
Unità Sanitaria Locale n. 9

MODULO ISCRIZIONE VIAGGI SOCI DIPENDENTI/PENSIONATI

Il/la sottoscritto/a _____
residente a _____ via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
Matricola _____ Reparto _____

Dichiara

di aver preso visione delle norme che regolano l'organizzazione dei viaggi, di accettarle e di approvarle.

Familiare partecipanti: _____

Camera: Singola Matrimoniale Due Letti _____

Assicurazione annullamento viaggio

Intolleranze/segnalazioni varie _____

Per il viaggio/gita a _____

Versa un acconto di € _____

e si impegna a versare il saldo

direttamente in segreteria entro il _____

autorizzando la Trattenuta dallo stipendio in n. _____ rate.

Data _____ Firma _____

Consenso al trattamento dei dati personali (si consegna informativa)

Il/La sottoscritto/a socio/a del Cral/Asd, presa visione del "Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali" (Regolamento UE 2016/679 articoli 13 e 14) **esprime il proprio consenso** al trattamento, nelle forme e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, dei propri dati personali ed in particolare alla comunicazione degli stessi alle agenzie di viaggio, strutture alberghiere, compagnie aeree per le pratiche legate al viaggio.

Il/La sottoscritto/a **presta il proprio consenso** preventivo e incondizionato alla pubblicazione con ogni mezzo delle foto riguardanti la propria persona ritratta nelle attività sociali, culturali e ricreative.

Data _____ Firma _____