

Cognome _____

Nome _____

Matricola _____

E-mail _____

Tel _____

Cellulare _____

 In servizio

 In pensione

TURNI RICHIESTI (INDICARE FINO A TRE TURNI IN ORDINE DI PREFERENZA)

	Turno	Durata del soggiorno	
Prima preferenza	<input type="checkbox"/> Turno intero	Oppure se per una sola settimana: <input type="checkbox"/> prima settimana <input type="checkbox"/> seconda settimana	
Seconda preferenza	<input type="checkbox"/> Turno intero	Oppure se per una sola settimana: <input type="checkbox"/> prima settimana <input type="checkbox"/> seconda settimana	
Terza preferenza	<input type="checkbox"/> Turno intero	Oppure se per una sola settimana: <input type="checkbox"/> prima settimana <input type="checkbox"/> seconda settimana	

PARTECIPANTI AL SOGGIORNO

Nominativo (se partecipante, indicare anche il titolare)	Parentela con il titolare (coniuge, convivente, figlio ecc.)	Data di nascita	Invalide 100% ⁽¹⁾
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Barrare per richiedere l'applicazione del piano tariffario riservato agli **invalidi al 100% con totale e permanente inabilità lavorativa**; occorrerà inoltre trasmettere separatamente in busta chiusa **alla sede di Milano** la documentazione comprovante l'avvenuto riconoscimento da parte degli organi competenti.

NOTE E COMUNICAZIONI PER L'ALBERGO

 (indicare qui tutte le eventuali **esigenze speciali** da sottoporre alla Direzione):

(RICORDARSI DI COMPILARE ANCHE IL RETRO E DI TRASMETTERLO)

Modulo Bordighera climatici ver. 11-10-21

Cognome _____

Nome _____

Matricola _____

E-mail _____

Tel _____

Cellulare _____

DA FIRMARE DA PARTE DI TUTTI IN ENTRAMBI GLI SPAZI INDICATI

Dichiaro sotto mia responsabilità di essere in regola con i pagamenti per i soggiorni precedenti. Prendo atto che a fronte di eventuali mancati pagamenti la presente domanda non potrà essere elaborata.

Accetto la seguente normativa in materia di rinuncia al soggiorno:

In caso di rinuncia al soggiorno verrà applicata in ogni caso una penale di EUR 50,00 per spese amministrative. Alle rinunce pervenute fra il 30° e il 4° giorno prima della data d'inizio del soggiorno sarà applicata inoltre una penale aggiuntiva pari al 20% del prezzo dell'intero soggiorno; per le rinunce pervenute oltre il 4° giorno prima della data d'inizio la penale sarà pari al 100% dell'importo dovuto. Tale penale aggiuntiva non sarà applicata solamente in presenza di ricovero ospedaliero di un partecipante o di casi documentati di analogia gravità.

Prendo atto che la Casa per Ferie, in quanto struttura ricreativa, non fornisce assistenza sanitaria. Eventuali assistenze che si rendessero necessarie saranno fornite da familiari o accompagnatori soggiornanti.

Data _____

Firma del Beneficiario _____

Ai sensi del D.lgs. 196/03 **consento al trattamento dei dati** riportati nella presente domanda e nell'eventuale documentazione allegata per gli usi consentiti dalla legge.

Data _____

Firma del Beneficiario _____

DA FIRMARE DA PARTE DI CHI SOGGIORNERA' CON BAMBINI FINO AI 12 ANNI NON COMPIUTI

Nel caso in cui non fosse possibile collocare l'intero nucleo familiare in una sola camera o in camere comunicanti, **accetto anche una sistemazione in camere contigue** ma non comunicanti (una per gli adulti e una per i bambini oppure adulti in stanze separate)

Data _____

Firma del Beneficiario _____

OBBLIGATORIO PER I DIPENDENTI - DELEGA PER LE TRATTENUTE A LISTINO PAGA

In caso di accettazione della presente domanda, **autorizzo la Fondazione ATM** a trattenere la quota di partecipazione al soggiorno dalle mie competenze mensili secondo le modalità previste dalla Carta dei Servizi vigente.

Data _____

Firma del Beneficiario _____

ATTENZIONE: LE DOMANDE NON DATATE E FIRMATE OVE RICHIESTO

NON POTRANNO ESSERE ELABORATE