

GRUPPO \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

(Riservato alla Direzione)



**SILENZIOSI OPERAI DELLA CROCE**  
Ente giuridico riconosciuto con D.P.R. n. 1531 del 06/11/1960 ONLUS  
in collaborazione col **CVS BS - Centro Volontari della Sofferenza**  
ORGANIZZA

--	--

**47°PELLEGRINAGGIO PASQUA A LOURDES**  
**7-14 APRILE 2020**

**AMMALATI**

ALLEGATI

- Documento d'identità  
 Certificato medico

Si prega di rispedire alla direzione il presente modulo debitamente compilato IN STAMPATELLO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Nato\la il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail \_\_\_\_\_

**DIETA DA SEGUIRE**

- In bianco (epatici)  
 Senza sale  
 Diabetici  
 Celiaci  
 Alimentazione enterale

**AUSILI**

- Carrozzina personale  
 Cammina da solo  
 Barella  
Segnalazioni eventuali \_\_\_\_\_

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

- BARELLATA  
 CAMERA SINGOLA

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

Albergo \_\_\_\_\_

In camera con \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALLA DIREZIONE**

Quota di partecipazione €

Quota versata iscrizione €

Modalità pagamento \_\_\_\_\_

Quota versata a saldo €

Entro 15 giorni prima della partenza

Modalità pagamento \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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 contattati 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 i minorenni occorre il certificato di assenso dei genitori con il tesserino della Questura.

**N.B. Leggere, compilare e firmare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali (vedi retro)**



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

IL/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo 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 \_\_\_\_\_