

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO INVERNALE RAGAZZI - ALL.1

(Si prega di compilare in stampatello)



IL SOTTOSCRITTO..... MATR. C.N.R.
RESIDENTE A..... PROV.....
VIA o PIAZZA..... N..... CAP.....
TEL.ABIT..... TEL.CELL.....
DIPENDENTE CNR PRESSO.....CITTA'.....
TEL. UFF..... FAX UFF.....
E-MAIL

DICHIARA DI VOLER FAR PARTECIPARE AL SOGGIORNO INVERNALE DI

FOLGARIDA

PER IL PERIODO dal 4 al 11 febbraio 2017

IL PROPRIO FIGLIO/A

COGNOME..... NOME.....
NATO/A A..... IL.....
NUMERO ASL..... GRUPPO SANGUIGNO.....
ALLERGIE RISCONTRATE O PRESUNTE.....
PROBLEMI MEDICI OD ALIMENTARI.....
ANNOTAZIONI DELLA FAMIGLIA.....

Pratica dello sci (barrare la casella interessata) principiante medio buono
Noleggio sci NO SI (se SI indicare l'altezza del partecipante)
Noleggio scarponi NO SI (se SI indicare il numero della scarpa)

DICHIARA CHE LA SCHEDA SANITARIA (COMPILATA DAL MEDICO DI FIDUCIA CHE ATTESTA L'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DI SPORTS DILETTANTISTICI) E LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA SARANNO RECAPITATE ALLE STRUTTURE, A PROPRIA CURA.

CHIEDE LA SISTEMAZIONE DEL PARTECIPANTE IN CAMERA CON.....

- GIUNGERA' AL CENTRO CON MEZZI PROPRI
- UTILIZZERA' IL TRANSFER ORGANIZZATO PARTENDO DALLA CITTA' DI

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto..... genitore di.....

Dichiara di accettare i seguenti massimali validi per tutte le attività espletate:

- a) per invalidità permanente € 103.291,00;
- b) per morte € 30.987,00;
- c) per spese di cura in caso di infortunio € 2.582,00

IL SOTTOSCRITTO PRENDE ATTO CHE QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA' CONSEGUENTE ALL' EFFETTUAZIONE DEL SOGGIORNO PRESCELTO VA A CARICO DELLA STRUTTURA ORGANIZZATRICE E NON DEL CNR, CHE FUNGE DA TRAMITE TRA I DIPENDENTI E L' ORGANIZZAZIONE PROPONENTE, LA QUALE PER LEGGE RISPONDE DIRETTAMENTE NEI CONFRONTI DEL SOTTOSCRITTO IN ORDINE AL CORRETTO ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI.

Autorizzo altresì il CNR al trattamento dei dati personali ai sensi della legge sulla "privacy" n. 675/96.

DATA.....

FIRMA.....