

Al Sig. Sindaco del Comune di

Pescosolido

in _____ 1 _____ sottoscritt _____ nat _____ il _____
in _____, residente in _____, in via _____
n. _____, tel. _____ - _____

CHIEDE

di essere ammess___ a partecipare al soggiorno marino, organizzato dall'Unione dei Comuni del Lacerno e del Fibreno.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di non usufruire di altro beneficio simile da parte di Enti pubblici o privati;
2. di versare il contributo che verrà richiesto dall'Amministrazione Comunale entro il termine che sarà stabilito, calcolato sulla base del reddito pro-capite;
3. di esonerare l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventuali danni arrecati alla propria persona o a cose, durante il soggiorno.

Allega alla presente:

1. certificato medico;

Ai sensi del D. lgs. 196/2003 autorizzo al trattamento dei dati personali.

Firma

N.B.:

1. Il certificato medico deve evidenziare:

- se la persona è in condizioni fisiche di poter partecipare al soggiorno in località marina per un periodo minimo di 10gg;
- se è affetta da malattie croniche specificandone la natura;
- se assume farmaci (indicare quali);
- se non presenta malattie infettive.

2. La somma versata in acconto potrà essere rimborsata solo per la mancata partecipazione al soggiorno, per gravi motivi personali, debitamente documentati.

3. Le domande di partecipazione, dei non residenti nei Comuni dell'Unione, verranno valutate previa disponibilità, con il pagamento dell'intera quota di partecipazione.