

**Il sottoscritto**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Email _____ Cellulare _____

Indirizzo di riferimento

Via _____ N° _____ Località _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

in qualità di Non Socio, chiede di partecipare ad Attività Sezionale presso codesta Sezione del CAI.

nei giorni _____ con Destinazione _____

Soccorso alpino per 1 giorno Euro 4,55 da 2 a 6 giorni Euro 9,00 **Tot. Euro** 1gg A 12,95**Polizza infortuni** comb A al giorno Euro 8,40 comb B al giorno Euro 16,75 2gg A 25,8**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**il/la sottoscritto/a _____ se minorenne in qualità di genitore
di _____ minore di 18 anni,*Ricevuta, letta e compresa l'informativa di cui all'art. 13 Reg 679/16 EU e preso atto dei diritti dell'interessato,***esprime il proprio consenso** al trattamento dei dati personaliall'invio di Comunicazioni e/o Pubblicazioni non istituzionali dalla Sezione indicare con X il proprio consenso

Imola li _____ Firma _____ incaricato CAI _____