CLUB ALPINO ITALIANO

RICHIESTA PARTECIPAZIONE ATTIVITÀ PRESSO LA SEZIONE DI IMOLA

Il sottoscritto anno **2027**

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 _____

Polizza infortuni	**Soccorso alpino**	**Comb A**					**Comb B**					
comb A al giorno € **8,51**	1 giorno € **4,28**	1 gg	**12,79+**	0,21=	**13 €**	☐	1 gg	**18,24+**	0,26=	**19 €**	☐
+ cotrib a sez 0,49 = **9 €**		2 gg	**24,11**	0,89=	**25 €**	☐	2 gg	**35,01+**	0=	**35 €**	☐
comb B al giorno € 13,96	da 2 a 6 giorni € 7,09	3 gg	**32,62**	0,38=	**33 €**	☐	3 gg	**48,97+**	0,3=	**49 €**	☐
+ cotrib a sez 0,04 =14 €		quota ass+contr a sez					quota ass+contr a sez					

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 personali

all'invio di Comunicazioni e/o Pubblicazioni non istituzionali dalla Sezione ☐ inidicare con X il proprio consenso

Imola lì _____ **Firma** _____ incaricato CAI _____

versione 2027 - 01

CLUB ALPINO ITALIANO

RICHIESTA PARTECIPAZIONE ATTIVITÀ PRESSO LA SEZIONE DI IMOLA

Il sottoscritto anno **2027**

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 _____

Polizza infortuni	**Soccorso alpino**	**Comb A**					**Comb B**					
comb A al giorno € **8,51**	1 giorno € **4,28**	1 gg	**12,79+**	0,21=	**13 €**	☐	1 gg	**18,24+**	0,26=	**19 €**	☐
+ cotrib a sez 0,49 = **9 €**		2 gg	**24,11**	0,89=	**25 €**	☐	2 gg	**35,01+**	0=	**35 €**	☐
comb B al giorno € 13,96	da 2 a 6 giorni € 7,09	3 gg	**32,62**	0,38=	**33 €**	☐	3 gg	**48,97+**	0,3=	**49 €**	☐
+ cotrib a sez 0,04 =14 €		quota ass+contr a sez					quota ass+contr a sez					

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 personali

all'invio di Comunicazioni e/o Pubblicazioni non istituzionali dalla Sezione ☐ inidicare con X il proprio consenso

Imola lì _____ **Firma** _____ incaricato CAI _____

versione 2027 - 01