

**ANZIANI / FAMIGLIE**

Rep. San Marino, li \_\_\_\_\_

Spett.le Direzione ISS

Il sottoscritto/a	cod. ISS
residente in _____	
tel. _____	Email _____
titolare di:	
. pensione sociale senza assegno di accompagnamento <input type="checkbox"/>	
. pensione <input type="checkbox"/>	

venga ammesso/a alla “Casa per Ferie San Marino” di Pinarella di Cervia per la stagione **2021** al TURNO:

La quota totale di iscrizione è di:	€ _____
Supplemento bagno <input type="checkbox"/>	€ _____
Supplemento singola <input type="checkbox"/>	€ _____
<i>Totale</i>	€ _____

**Dichiaro che:**

Acquisite le informazioni di cui all’art. 13 della Legge 171/2018 della Repubblica di San Marino e all’art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), consapevole che il trattamento riguarderà categorie di dati personali come citati nelle normative sopra menzionate, nonché dati relativi alla salute, dati genetici e biometrici, pertanto:

- **ACCONSENTO**
- **NON ACCONSENTO**
- a) al trattamento delle categorie dei miei dati personali in qualità di interessato, in generale, per le finalità legate alla mia permanenza presso la Casa per Ferie;
- **ACCONSENTO**
- **NON ACCONSENTO**
- b) al trattamento dei miei dati personali in qualità di interessato, nello specifico, per le finalità istituzionali di tutela della salute e della relativa gestione amministrativa – contabile e fiscale della struttura Casa per Ferie;
- **ACCONSENTO**
- **NON ACCONSENTO**
- c) all’effettuazione di riprese e/o fotografie che mi ritraggono durante feste o momenti di animazione, che potranno essere pubblicati sul sito ufficiale della struttura o sui canali social della struttura;

**NB: Copia della cedola di pagamento va consegnata all'arrivo presso la Casa per Ferie San Marino al Coordinatore Generale.**

Il soggiorno inizia alle ore 8:30 del giorno di arrivo; per questioni organizzative non è consentito l'arrivo prima di tale orario.

Allegare alla domanda:

- *certificato di pensione*
- *stato di famiglia*
- *certificato di vaccinazione anticovid 19 o certificato di avvenuta guarigione da Covid 19 nei 6 mesi precedenti*

FIRMA

**REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**REVOCA IL CONSENSO**

A suo tempo prestatato per il trattamento dei dati personali di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_