

Al Sig. Sindaco del Comune di

**BROCCOSTELLA**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_, residente in Broccostella, in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a partecipare al soggiorno marino, organizzato da questo Comune.

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, quale quota parte a proprio carico;
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 attestante l'assenza di controindicazioni al soggiorno;
2. Fotocopia del proprio documento di riconoscimento;

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

Broccostella, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.:**

1. Il certificato medico deve evidenziare:

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

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