AZIONE CATTOLICA DIOCESI DI IMOLA

CENTRO DIOCESANO - A.C.
Piazza Duomo, 2 - 40026 IMOLA (BO)
Tel - fax 0542 23201
aci.imola@libero.it
aperto il giovedì e il sabato dalle ore 9.30 alle ore 12.30
e il martedì dalle ore 16 alle ore 19

# SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CAMPI ADULTI E FAMIGLIE

☐ A1 Folgarida dal 27 luglio al 03 agosto 2024

☐ A2 Brentonico dal 11 agosto al 18 agosto 2024

Io sottoscritto/a_____, presa attenta visione del Regolamento, chiedo di partecipare al campo estivo in oggetto, con i seguenti componenti familiari:

| *Cognome e nome* | *Luogo/data di nascita* | *n. telefono / e mail* | *Aderente AC (si/no)* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| *Il ns. indirizzo è:* | | | |
|---|---|---|---|
| *Via* | *n.* | *città* | *cap* |

*PARROCCHIA di* _____

Io sottoscritto chiedo che per i componenti della famiglia che non sono aderenti all'AC:

☐ sia stipulata l'assicurazione* (€5,00 a persona valida per la settimana di campo scuola)

☐ non sia stipulata, (in questo caso il capofamiglia partecipa assumendo ogni responsabilità, per sé e per i propri familiari), perché già assicurati con propria assicurazione familiare

*Firma del capofamiglia* _____

Con questa firma autorizzo l'Azione Cattolica di Imola ad utilizzare i dati riportati sulla presente scheda per ogni comunicazione riguardante avvenimenti o notizie utili allo svolgimento dell'attività in oggetto. (D.lgs.n.196 del 30/06/2003 sulla tutela della privacy)

Versamento acconto in data _____ €uro_____+

Versamento saldo in data _____ €uro_____+

*Versamento assicurazione _____ €uro_____+

TOTALE €uro_____