



SCHEMA DI PRENOTAZIONE RESIDENZE

Nome _____ Cognome _____

Iscritto a _____

Check in da effettuarsi entro e non oltre le ore 19:00

Le camere sono doppie e non è possibile prenotarle ad uso singola

LA RICHIESTA DI OSPITALITÀ POTRÀ ESSERE EFFETTUATA **A PARTIRE DAI 15 GIORNI E FINO AI 7 GIORNI ANTECEDENTI** CIASCUNA SESSIONE DI FORMAZIONE

In caso di **annullamento** della prenotazione si richiede di darne comunicazione alla Segreteria del Campus (residenze@asmepa.org) con **almeno 2 giorni di preavviso**, in modo da consentire l'occupazione del posto ai colleghi in lista d'attesa.

Residenza _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____ Cittadinanza _____

Documento d'identità _____ Numero del documento _____

Luogo del rilascio del documento _____

Data di emissione del documento _____ Dati di scadenza del documento _____

Art. 13 Regolamento Europeo 2016/679: Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa tratta i suoi dati per adempiere alla sua richiesta. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli Artt. 15,16,17,18,19,20,21 del Regolamento Europeo 2016/679 oppure richiedere l'informativa estesa scrivendo a privacy@asmepa.org.

Dichiaro di aver preso visione del Regolamento delle Residenze allegato di 6 pagine e di accettare interamente le disposizioni ivi contenute.

Data _____ **Firma** _____