

FONDAZIONE HOSPICE MARIA TERESA CHIANTORE SERÀGNOLI ETS

## CAMPUS BENTIVOGLIO di Medicina Palliativa

### Scheda di prenotazione delle Residenze

CORSI ECM, SEMINARI E TIROCINI

#### LE RESIDENZE

Via Aldo Moro 16/3 – Bentivoglio (BO) 051 19933737 – 345 0696847 [residenze@asmepa.org](mailto:residenze@asmepa.org)

### 1 DATI DEL SOGGIORNO

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

ISCRITTO A (NOME E DATA EVENTO) \_\_\_\_\_

CHECK-IN \_\_\_\_\_ CHECK-OUT \_\_\_\_\_ ORARIO DI ARRIVO \_\_\_\_\_

DESIDERO CONDIVIDERE LA CAMERA CON (FACOLTATIVO) \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONI DI PRENOTAZIONE

**Check-in entro e non oltre le ore 23:00 · camere doppie, non prenotabili ad uso singola**

In caso di necessità, potrà essere concordata un'accoglienza in presenza con un orario di check-in entro le ore 20:00.

La richiesta di ospitalità potrà essere effettuata **dopo aver completato e finalizzato l'iscrizione al corso ECM** ([residenze@asmepa.org](mailto:residenze@asmepa.org)).

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

### 2 DATI DELL'OSPITE

RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

DOCUMENTO D'IDENTITÀ \_\_\_\_\_ N. DOCUMENTO \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DEL RILASCIO \_\_\_\_\_ DATA DI SCADENZA \_\_\_\_\_

### 3 PRIVACY E ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO

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](mailto: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 \_\_\_\_\_