



## 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](mailto: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'informatica 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** \_\_\_\_\_