

 Pell	 Amm	 Pers
---	--	---

GRUPPO LOMAGNA

aereo 	bus diretto 	bus notturno 	bus nevers 	treno 	ambulanza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C cuccetta <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	--

COGNOME	<input type="text"/>		
NOME	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	<input type="text"/>		
C.A.P e LOCALITA'	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA E LOCALITA'	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
DOCUMENTO	CARTA IDENTITA'	NUMERO	DATA RILASCIO
	PASSAPORTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	RILASCIATO DA	<input type="text"/>	

ECONOM.	STANDARD <input checked="" type="checkbox"/>	PLUS	OFTAL <small>(PERSONALE)</small>	AVE MARIA <small>(PERSONALE)</small>	ACCUEIL <small>(PERSONALE)</small>	ACCUEIL AMMALATI	ACCUEIL ACCOMP.	HOSPITALET <small>(PERSONALE)</small>
---------	---	------	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------	--------------------	--

camera a: 1 2 3 4 5 6 letti
 possibilmente abbinato con:

<input type="checkbox"/> autosufficiente	<input type="checkbox"/> vettura	<input type="checkbox"/> barella	carrozzina: <input type="checkbox"/> propria <input type="checkbox"/> oftal	<input type="checkbox"/> vitto speciale	<input type="checkbox"/> scheda sanitaria
<input type="checkbox"/> barelliere	<input type="checkbox"/> dama	<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> farmacista	<input type="checkbox"/> sacerdote
<input type="checkbox"/> 1° pellegrinaggio (allegare foto tessera)		servizi svolti in precedenza:			
<input type="checkbox"/> 2° pellegrinaggio					

portare con sé: carta d'identità / passaporto, la tessera sanitaria e tessera Oftal

note:	ricevo euro:	in data:
Accetto le NORME GENERALI PER LA PARTECIPAZIONE AI PELLEGRINAGGI OFTAL e informativa sulla privacy	FIRMA	
	<i>(per i minori la firma dei genitori)</i>	

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL T.U. IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI d.lgs 196/2003

Il Titolare del trattamento OFTAL, con sede in Trino Vercellese, via Gioberti, 9, in persona del legale rappresentante pro tempore, La informa ai sensi dell'articolo 13 del T.U. in materia di trattamento dei dati personali, che i dati personali da Lei forniti anche verbalmente, ovvero acquisiti da terzi, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali devono intendersi le operazioni elencate nell'Articolo 4, comma 1, lettera A, del citato T.U. ossia qualunque operazione o complesso di operazioni, con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque autorizzati, concernenti la raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

La suddetta legge stabilisce che la persona presso la quale sono raccolti i dati personali riceva una serie di informazioni circa le finalità e le modalità del loro trattamento e che, all'interessato, sia richiesto il consenso manifestato in forma scritta con riferimento al trattamento dei cosiddetti dati sensibili, quali quelli idonei a rivelare lo stato di salute (art 4 comma 1, lett. d)

I suoi dati personali (qui di seguito denominati "Dati" eventualmente anche sensibili, saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse e strumentali alla conclusione, gestione, esecuzione dei rapporti contrattuali in essere fra lei e la nostra Associazione.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici, e telematici idonei a garantire la sicurezza e ad evitare accessi non autorizzati e solo con modalità e procedure strettamente necessarie per l'adempimento di obblighi contrattuali e/o legali.

Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso per il trattamento di dati, eventualmente anche sensibili strettamente necessari per le suddette finalità, Senza i Suoi dati, non potremmo dare esecuzione, in tutto o in parte, al rapporto contrattuale.

I dati non saranno oggetto di diffusione, e potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, alle categorie di soggetti operanti in Italia e all'estero di seguito riportate:

- a) Enti ospedalieri ed assimilati, personale medico e paramedico;
- b) Società di servizi postali e tipografici, (per stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli associati)
- c) Compagnie di assicurazioni/banche
- d) Strutture di ricezione turistica e alberghiera;
- e) Agenzie viaggio;
- f) Soggetti cui la facoltà di accedere ai Dati sia riconosciuta disposizioni di legge e di normativa secondaria o a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge.

L'elenco nominativo dei soggetti a cui i dati sono o potranno essere comunicati è a Sua disposizione presso la Sede della nostra Associazione, il consenso concerne anche l'attività eventualmente svolta da tali soggetti sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione al rapporto contrattuale intercorrente tra Lei e l'OFTAL.

Possono inoltre venire a conoscenza di tali dati Presidenti delle sezioni diocesane e il tour operator che cura l'organizzazione tecnica dei pellegrinaggi, che rivestono il ruolo di responsabili del trattamento, nonché i dipendenti ed i soggetti che operano come volontari all'interno dell'associazione, in qualità di incaricati al trattamento.

L'OFTAL ha nominato responsabile del Trattamento la SOGEVITOUR di SO.GE.VI. srl

L'elenco completo è costantemente aggiornato dei Responsabili può essere conosciuto gratuitamente chiedendolo al Titolare del Trattamento.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento così come previsto.

Cognome e Nome del partecipante

Data _____

Firma
(per i minori la firma dei genitori)