

**SCHEDA ADESIONE SOGGIORNO TERMALE
LEVICO TERME (TN) - 15/29 GIUGNO 2014**

Cognome e nome Nato/a a

il Residente a C.A.P. Via

..... N..... Tel..... Visus (specificare)

..... e-mail

Recapito tel. di un familiare o conoscente
(da contattare in caso di bisogno durante il soggiorno)

SOCIO DELLA SEZIONE DI _____ NON SOCIO

CON ACCOMPAGNATORE: [SI] [NO]

N.B. (le adesioni per i non vedenti non accompagnati sono accolte con riserva e la partecipazione verrà confermata dal CRV; la partecipazione dei non vedenti non in regola con il tesseramento anno 2014 comporterà l'incremento della quota di partecipazione di una somma aggiuntiva di Euro 50,00 sia per il non socio che per i relativi accompagnatori) specificare qui di seguito i dati dell'accompagnatore:

Cognome e nome Nato/a a

il Residente a C.A.P. Via

..... N..... Tel.....

STANZA (da specificare): SINGOLA DOPPIA MATRIMONIALE TRIPLA (specificare
dati terza persona come sopra)

Raggiungerà Levico Terme (TN) con il pullman messo a disposizione dall'organizzazione? [SI] [NO]

| QUOTA TOTALE A PERSONA camera doppia | ACCONTO | QUOTA A SALDO | SUPPLEMENTO SINGOLA (per le prime 6 camere) | SUPPLEMENTO SINGOLA | QUOTA SETTIMANALE camera doppia |
|--|---------|------------------|---|------------------------|---------------------------------------|
| Euro 576 | Euro 52 | Euro 524 | Euro 98,00 | Euro 154,00 | Euro 303 |

Versamento acconto Euro. in data

Versamento saldo Euro. in data

DA COMPILARE PER I SOCI NON ACCOMPAGNATI

Provvede autonomamente alla propria igiene personale? [SI] [NO]

Si veste e si spoglia da solo/a? [SI] [NO]

Si sa orientare in un ambiente chiuso (camera da letto,
sala da pranzo)? [SI] [NO]

Cammina con difficoltà? [SI] [NO]

Cammina normalmente? [SI] [NO]

Sa fare le scale o eventuali gradini da solo/a? [SI] [NO]

Eventuali difficoltà diverse (specificare quali)

Ai sensi del D.L.gvo 196 del 30 giugno 2003 autorizza il Consiglio Regionale Veneto dell'UICI ad utilizzare i dati riportati nella presente scheda di partecipazione per ogni attività inerente e conseguente alla programmazione del soggiorno.

Data,.....

Firma.....

Si prega di inviare a mezzo fax al numero 049/8710698

**SOGGIORNO TERMALE
LEVICO TERME (TN) - 15/29 GIUGNO 2014
TERAPIA FARMACOLOGIA**

SOCIO

Cognome e nome

Terapia farmacologica

.....

.....

.....

ACCOMPAGNATORE

Cognome e nome

Terapia farmacologica

.....

.....

.....

CURE TERMALI

[SI]

[NO]

Si prega di inviare a mezzo fax al numero 049/8710698