



Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti

ONLUS - Consiglio Regionale Veneto

**SCHEDA ADESIONE SOGGIORNO TERMALE  
LEVICO TERME (TN) - 14/28 GIUGNO 2015**

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 2015 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 583	Euro 52	Euro 531	Euro 98,00	Euro 154,00	Euro 306.5

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]

E' autonomo a tavola? [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**



Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti

ONLUS - Consiglio Regionale Veneto

**SOGGIORNO TERMALE  
LEVICO TERME (TN) - 14/28 GIUGNO 2015  
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**