

Allegato A

DOMANDA PER L'ACCESSO AL PROGETTO MARE D'ARGENTO 2019 SIB CONFCOMMERCIO – SOCIETA' DELLA SALUTE PISANA

rivolto a soggetti ultra 65enni con reddito inferiore a € 20.000 annui residenti nei Comuni soci della SdS Pisana

Il/la Sottoscritto/a.....c. fiscale.....
nato/a ail.....
residente a.....via.....n.....
telefono fisso..... telefono mobile

CHIEDE

Per se'
oppure
Per altro beneficiario

(Spazio da compilare con i dati del beneficiario solo nel caso in cui si sia barrata la voce "Per altro beneficiario")

Cognome del beneficiario.....Nome del beneficiario.....
nato il..... a.....(.....)
residente avia.....n.....
Codice fiscale.....
telefono fisso..... telefono mobile

di poter accedere al servizio previsto dal Progetto "Mare d'Argento edizione 2019" rivolto a soggetti ultra 65enni con reddito inferiore a € 20.000 annui residenti nei Comuni soci della SdS Pisani avente le seguenti caratteristiche:

- Affitto al costo di € 1 di: 1 ombrellone, 2 sdraie, spogliatoio comune per la durata di **5 giorni (da lunedì a venerdì)** in uno degli stabilimenti balneari aderenti al progetto in oggetto oltre all'anziano richiedente potranno essere ospitate presso l'ombrellone altre tre persone per un massimo totale di quattro. Le persone che accederanno a tale attività si dovranno attenere, al pari degli altri clienti dell'esercizio balneare, alle regole stabilite, dalla Direzione dello Stabilimento Balneare, dalla capitaneria di porto e le regole di civile convivenza. Nel caso di non rispetto delle regole succitate l'esercizio balneare si comporterà alla stregua di quanto accade con gli altri clienti.
- Si può fare richiesta di rinnovo dei 5 giorni nel caso in cui vi siano prenotazioni ancora libere nel mese di Settembre
- Si può fare richiesta per il periodo **24 Giugno – 15 Settembre** e per gli stabilimenti balneari aderenti all'iniziativa e situati nelle località di Marina di Pisa, Calambrone e Tirrenia **nei limiti dei posti disponibili**

DICHIARA

Di allegare alla presente domanda:

1. **Copia della carta di identità del richiedente o del beneficiario (se persona diversa)**
2. **Copia del documento attestante il reddito mensile da lavoro o pensione**

Luogo e Data _____ Firma _____

Trattamento dati personali:

Il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs.196/03.

Data _____ Firma _____

Nel caso di persona anziana disabile va acclusa anche copia del certificato di invalidità o disabilità

Informativa ai sensi dell'art 13 del DLgs n 196/2003. I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto della suddetta legge. La mancata compilazione comporta l'applicazione l'impossibilità di accedere al servizio. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 13 del DLGS 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati, chiedendo la correzione, l'integrazione e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione ed il blocco degli stessi.