



**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
**Soggiorno presso il Distaccamento Aeronautico MONTE TERMINILLO**  
**2 - 9 APRILE 2024**

Spett.le **ANAFIM Sezione di** \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Socio ANAFIM tessera n.** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

Tel. o Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dipendente o ex dipendente della Difesa (*barrare la casella di interesse*) **civile**  o **militare**

**CHIEDE**

l'ammissione al soggiorno presso il DAM TERMINILLO nel periodo 2 – 9 aprile 2024:

**PER SE STESSO**  (*barrare la casella solo se il richiedente è un dipendente o ex dipendente della Difesa con disabilità*)

Indicare se necessita di sedia a rotelle per deambulare (*barrare la casella di interesse*):  NO -  SI

**A. PER IL FAMILIARE CON DISABILITÀ**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

Luogo e data nascita \_\_\_\_\_

Grado di parentela (1) \_\_\_\_\_

Indicare se necessita di sedia a rotelle per deambulare (*barrare la casella di interesse*):  NO -  SI

**B. ACCOMPAGNATORE**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

Luogo e data nascita \_\_\_\_\_

Grado di parentela con la persona con disabilità (2) \_\_\_\_\_

**C. PER ALTRI PARTECIPANTI:**

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

(1) figlia/o, sorella/fratello, coniuge, convivente, assistito (persona con disabilità assistita legalmente),

(2) genitore, sorella/fratello, tutore/curatore/amministratore di sostegno, coniuge, convivente, familiare/persona delegata.



**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
**Soggiorno presso il Distaccamento Aeronautico MONTE TERMINILLO**  
**2 - 9 APRILE 2024**

Ricevuta l' informativa ai sensi del Regolamento UE/2016/679 (General Data Protection Regulation) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), consento al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari e con le modalità indicate nell' informativa medesima.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_