



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS**  
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società  
CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE SOGGIORNO TERZA ETA' MATERA**

Spett.le  
Ente Nazionale Sordi  
Consiglio Regionale della Campania  
Via Filippo Agresti, 8  
80142 NAPOLI

[campania@ens.it](mailto:campania@ens.it)

\_\_\_\_ L. \_\_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ CHIEDE DI ESSERE ISCRITT \_\_\_\_\_ AL

**SOGGIORNO TERZA ETA' MATERA ORGANIZZATO DAL CONSIGLIO REGIONALE ENS DELLA CAMPANIA DAL 1 AL 3 OTTOBRE 2019**

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI RESE E SOTTOSCRITTE NELLA PRESENTE DOMANDA HANNO VALORE DI AUTOCERTIFICAZIONE E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI E/O ATTI MENDACI SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

**DATI OBBLIGATORI:**

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ CELL.: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

TESSERA ENS N.: \_\_\_\_\_

SISTEMAZIONE (barrare la casella di interesse)

Doppia matrimoniale insieme a \_\_\_\_\_

Doppia

**MODALITA' DI ISCRIZIONE:**

LA PRESENTE DOMANDA VA PRESENTATA ALLEGANDO COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA

DI ISCRIZIONE CON LA SEGUENTE CAUSALE: **TERZA ETA' MATERA – COGNOME E NOME**

**BONIFICO BANCARIO SUL C/C N°: IT 40Y 01005 03405 000000 200007**

INTESTATO A: ENTE NAZIONALE SORDI CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA

DATI PER LA FATTURAZIONE:

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

Napoli – Via Filippo Agresti n. 8 – 80142 - [www.ens.it](http://www.ens.it)

tel. 0815538958 - fax 0815630267 - [campania@ens.it](mailto:campania@ens.it) – [campania@pec.ens.it](mailto:campania@pec.ens.it)

C.F. 04928591009 - P.IVA 06960941000



Sistema di Gestione Qualità ISO 9001:2015  
Certificato n. 24262/07/S



## ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società  
CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA

INDIRIZZO DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ P. IVA.: \_\_\_\_\_

**N.B. SARA' EMESSA REGOLARE FATTURA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AL SOGGETTO CHE RISULTERA' ESSERE L'ORDINANTE O IL TRAENTE.**

### DIRITTO DI RECESSO

L'iscritto potrà annullare la propria iscrizione entro e non oltre il termine di 14 giorni solari dalla data di sottoscrizione della presente domanda, dandone comunicazione scritta, da inviare tramite posta elettronica alla sede di svolgimento dell'iniziativa. In tal caso la somma versata verrà restituita mediante rimborso che sarà effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta di recesso.

Ipotesi di rimborso della quota di iscrizione da parte della sede organizzatrice, negli stessi termini indicati, sono unicamente le seguenti:

1. esclusione dell'iscrizione in caso di esubero delle domande rispetto al numero massimo dei partecipanti previsto;
2. mancato svolgimento o rinvio dell'iniziativa per cause non imputabili all'iscritto.

Oltre il termine di 14 giorni solari (Decreto Legislativo 21 febbraio 2014, n. 21), e non sussistendo cause imputabili alla sede organizzatrice, non sarà rimborsata la quota versata.

### AUTORIZZAZIONE/LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI VIDEO E/O FOTOGRAFICHE

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ con la presente autorizza la divulgazione di immagini video o fotografiche riprese durante le attività e/o evento organizzato dall'Ente Nazionale Sordi Consiglio Regionale della Campania finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea e/o on-line in contesti inerenti la divulgazione e documentazione delle attività previste dallo stesso organizzate e contestualmente ne vieta l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del soggetto ripreso. L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma gratuita. La presente autorizzazione esclude eventuali responsabilità per manomissioni o uso improprio di tali immagini da parte di terzi.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 da ENS, pubblicata e consultabile sul sito [www.ens.it](http://www.ens.it), esprime liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati forniti ad ENS per le finalità di cui all'art. 2 dell'Informativa.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### ALLEGATI RICHIESTI:

- Copia della ricevuta di pagamento;
- Copia della Tessera ENS.