



COMUNE DI GORGOGGLIONE
Provincia di Matera



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLE CURE TERMALI 2025

Cognome Nome _____ **C.F.** _____

_____ Nato il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____ n° _____

Cap. _____ Tel./Cell. _____ E-mail _____

CHIEDE di essere iscritto al Servizio di cure termali 2025”.

Si allegano:

☐ **Documento di identità**

Data _____

Firma _____

Tutela della Privacy

Il sottoscritto dichiara di accettare le condizioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi del G.D.P.R. – Regolamento UE 679/2016 e del suo recepimento di legge e di autorizzare il Comune di Gorgoglione al trattamento dei miei dati personali da Parte dell'Associazione per i soli fini inerenti lo svolgimento dei servizi o di accesso alle cure termali. Potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione, impedirne l'utilizzo in ogni momento contattando il Comune di Gorgoglione all'indirizzo PEC protocollo@pec.comune.gorgoglione.mt.it.

Data _____

Firma _____