



PRENOTAZIONE CAMPUS/CARE FOR BREATHING

*Spett.le ISTITUTO PIO XII – Onlus
Ufficio Accettazione e Prenotazione*

Con la presente il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
genitore di (nome) _____ (cognome) _____
che è nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ in via/strada _____ n° _____ CAP _____
provincia _____ Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

di partecipare presso l'Istituto PIO XII di Misurina

- CAMPUS “WEEKEND FOLLOW UP”
 CAMPUS “CHECK UP ASMA”
 CAMPUS “DI CHE ASMA SEI”
 CARE “FOLLOW-UP TERAPEUTICO” INDIVIDUALE FAMIGLIA
 CARE “PIANO TERAPEUTICO E CURA” INDIVIDUALE FAMIGLIA

dal giorno _____ al giorno _____

Il sottoscritto/a richiede di prenotare un totale di n° posti letto _____ in camera con bagno* (escluso nell'opzione individuale)

*La camera sarà disponibile dalle ore 14:00 del giorno di arrivo / La camera deve essere liberata entro le ore 10:00 del giorno di partenza.

Il/la sottoscritto/a comunica che il/la proprio/a figlio/a segue il seguente regime alimentare:

(barrare l'opzione esatta)

- dieta libera e varia
 altro (specificare dettagliatamente) _____

Questo modulo attesta l'ufficialità della Vs richiesta di partecipazione al CAMPUS/CARE; pertanto si prega di restituirlo con sollecitudine all'Ufficio Prenotazione e Accettazione (via fax allo 0435 39210 / e-mail info@misurinasma.it) compilato e firmato, al fine di validare la richiesta.

Data _____

Firma _____