



MODULO DI ADESIONE Pellegrinaggio a Roma - Giubileo 23-25 maggio 2025

Dati del partecipante principale (capogruppo):

- Nome e cognome (come da documento d'identità, inclusi eventuali secondi/terzi nomi e cognomi):

- Data e luogo di nascita _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Telefono: _____

- Email: _____

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____

Dati degli altri membri del gruppo:

1. Nome e cognome (come da documento d'identità, inclusi eventuali secondi/terzi nomi e cognomi):

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____

2. Nome e cognome: _____

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____



3. Nome e cognome: _____

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____

4. Nome e cognome: _____

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____

5. Nome e cognome: _____

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____

6. Nome e cognome: _____

- Data e luogo di nascita: _____

- Città di residenza: _____

- Nr documento d'identità, Comune emittente e data di emissione, data di scadenza:

- Eventuali intolleranze/allergie/diete alimentari da segnalare:

- Eventuale disabilità certificata da segnalare: _____



Scelta del pacchetto alberghiero (per l'intero gruppo)

Indicate **A** come scelta primaria e **B** come scelta secondaria. Nel caso l'albergo scelto come **A** fosse al completo, verrà assegnato l'albergo indicato come **B**:

- [] Hotel Excel Montemario **** (€330,00/persona)
- [] Hostel Trustever (€340,00/persona)
- [] Hotel Lloyd 3***S (€420,00/persona)
- [] Hotel Marco Polo 3*** (€430,00/persona)
- [] Hotel Domus Castrense 3*** (€430,00/persona)
- [] Istituto Villa degli Angeli (€490,00/persona)
- [] Hotel Trevi Collection **** (€530,00/persona)
- [] Hotel Orazio Palace **** (€540,00/persona)
- [] Hotel Palladium Palace **** (€550,00/persona)
- [] Hotel Royal Bissolati **** (€590,00/persona)

Tipo di sistemazione (indicare il numero):

- [] Matrimoniale/Doppia
- [] Tripla
- [] Quadrupla
- [] Singola (con supplemento)

Preferenze di Sistemazione per i figli

Se avete piacere che i vostri figli siano sistemati nella stessa stanza o nello stesso gruppo con i figli di un'altra famiglia, vi preghiamo di indicare (**entrambe le famiglie devono aver selezionato lo stesso hotel**):

- **Desideriamo che i nostri figli siano insieme a:**

- Nome della famiglia: _____
- Nome dei figli di questa famiglia: _____

Note o richieste particolari sulla sistemazione (es. età dei figli, necessità specifiche):

Orario del treno prescelto:

- Andata: - [] 6:45 - 10:00 - [] 7:45 - 11:00 - [] 17.35-20.34 - [] 19.35-22.34

- Ritorno: - [] 18:40 - 22:20 - [] 20:05 - 23:15



Opzione Polizza Annullamento

Ogni partecipante ha la possibilità di sottoscrivere una polizza annullamento integrativa e facoltativa, nominativa, al costo di €35,00 a persona. La polizza deve essere richiesta contestualmente alla prenotazione.

Nota bene:

- La copertura esclude annullamenti dovuti a motivi/cause preesistenti alla prenotazione o recidive.
- Per questi casi, è possibile richiedere una polizza di categoria superiore, da quotarsi su richiesta, emettibile entro 30 giorni dalla data di partenza.

Scelta del partecipante:

- Sì, desidero sottoscrivere la polizza annullamento integrativa al costo di €35,00 a persona.

Nome dei partecipanti coperti dalla polizza:

- No, non desidero sottoscrivere la polizza annullamento.

Conferma e dichiarazione:

Confermo la partecipazione del mio gruppo al pellegrinaggio e dichiaro di accettare le condizioni organizzative, i costi indicati e le regole di comportamento durante l'evento.

Firma del partecipante principale:

Data: _____