|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C. R. A. L.****del GRUPPO BANCARIO MONTE DEI PASCHI DI SIENA**SIENA, Via dei Termini, 31- Tel. 0577 552289**www.cralmontepaschi.it** |  | Descrizione: imgres |

|  |  |
| --- | --- |
| **CIRCOLARE N. 40/2025 - SEZIONE TURISMO** | Siena, 27 febbraio 2025 |

**A T U T T I I S O C I**

## FAVIGNANA - SOGGIORNO MARE

**13 - 20 SETTEMBRE 2025**

Aereo + pullman

Il CRAL propone ai propri Sociun suggestivo viaggio soggiorno a **FAVIGNANA**,nel periodo **13 al 20 SETTEMBRE 2025**, presso il **Mangia’s Favignana Resort**.

*Favignana, la maggiore isola delle Egadi, è una destinazione rinomata nel mondo per la bellezza selvaggia delle sue spiagge, puntellate qua e là da zone rocciose e fine sabbia bianca.*

*Sofisticato e ricco di servizi esclusivi, il Mangia’s Favignana Resort ti consentirà di assaporare ogni istante della tua vacanza.*

*Il resort è prospiciente a una scogliera, ma all’interno della struttura è possibile noleggiare scooter o biciclette per raggiungere le spiagge nelle vicinanze.*

L'organizzazione tecnica del viaggio è affidata all'Agenzia **IL CARROCCIO VIAGGI** di Siena.

Il viaggio si svolgerà secondo il programma più sotto indicato.

**La quota di partecipazione** (su base di 20 partecipanti) **è di € 1.095,00 a persona per sistemazione in camera doppia o matrimoniale**; supplemento per sistemazione in camera singola **€ 230,00**.

Alle quote suddette devono essere aggiunte le tasse e gli oneri aeroportuali (attualmente **€ 95,00** a persona).

* Assicurazione facoltativa contro le spese di rinuncia al viaggio per cause di forza maggiore (**€ 75,00** a persona).
* Eventuale viaggio in pullman SIENA/PISA/SIENA *(importo da definire in relazione al numero dei partecipanti secondo la tabella vedi sotto “Condizioni”).*

Le adesioni dovranno pervenire **ENTRO IL 14 MARZO 2025**, salvo anticipato esaurimento dei posti, a:

**MASSIMO NUCCI** **massimo@cralmontepaschi.it**Cell. 335-1862971

a mezzo del modulo riportato in calce alla presente, comprensivo dell'ordine di addebito della somma di **€ 300,00** a persona a titolo di caparra, compilato con tutti i dati richiesti.

Per la compilazione e l’invio del modulo, si può scegliere una delle seguenti modalità:

* salvare sul pc la circolare, compilare quindi direttamente da tastiera i campi richiesti sul modulo e ritornare il tutto in allegato (formato word o pdf) ad una delle e-mail sopra indicate
* stampare il modulo, compilarlo, scannerizzarlo e ritornarlo in allegato ad una delle e-mail sopra indicate
* stampare la circolare, compilare a mano il modulo di adesione e ritornare quindi il cartaceo tramite posta interna o ordinaria al nominativo indicato in calce al modulo stesso.

Per effettuare il viaggio occorre essere in possesso della **CARTA DI IDENTITÀ.**

Il CRAL accorda, ai Soci che ne fanno richiesta, la rateizzazione del saldo in **CINQUE RATE MENSILI** consecutive senza interessi a partire dal mese di **OTTOBRE 2025**, relativamente al socio medesimo ed al proprio nucleo familiare; eventuali altri partecipanti iscritti dal Socio dovranno corrispondere il saldo prima della partenza.

Altre notizie saranno comunicate direttamente ai Soci partecipanti.

Resta inteso che il viaggio avrà luogo solo se verrà raggiunto un minimo di 20 partecipanti.

Cordiali saluti

 IL PRESIDENTE



##   FAVIGNANA

**13 – 20 SETTEMBRE 2025**

P r o g r a m m a

**1° GIORNO 13 settembre 2025**

Partenza da Siena per l’aeroporto di Pisa per il volo FR4873 delle ore 13.10. Arrivo a Trapani alle ore 14.35. trasferimento privato in hotel MANGIA’S FAVIGNANA. Sistemazione nelle camere riservate, cena e pernottamento

**2°-7° GIORNO 14-19 settembre 2025**

Soggiorno in mezza pensione e tempo libero per escursioni facoltative o soggiorno mare

**8° GIORNO 20 settembre 2025**

Dopo la prima colazione trasferimento privato all’aeroporto di trapani per il volo delle ore 15.00, arrivo a Pisa alle ore 16.20. rientro

**CONDIZIONI**

**QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE € 1.095,00** con minimo 20 partecipanti, in camera doppia o matrimoniale.

Supplemento per sistemazione in camera singola **€ 230,00**.

**LA QUOTA COMPRENDE:**

* Volo da Pisa a Trapani andata e ritorno con un bagaglio piccolo a mano ed uno da 20 kg da imbarcare
* Soggiorno preso la struttura indicata **formula mezza pensione** cena a buffet (**bevande escluse**) presso **MANGIA’S FAVIGNANA RESORT**
* Trasferimenti dall’aeroporto di trapani alla struttura e viceversa
* Accompagnatore CRAL
* Accompagnatore agenzia
* Assicurazione medico bagaglio

**LA QUOTA NON COMPRENDE:**

* Pranzi
* Escursioni facoltative
* Tasse aeroportuali al momento stimate in 95 euro
* Assicurazione annullamento euro 75
* Viaggio in pullman A/R SIENA/PISA/SIENA *(****€ 87,00 c.a.*** *fino a 25 partecipanti /* ***€ 60,00 c.a.*** *oltre 25 partecipanti)*
* Spese di carattere personale
* Tutto quanto non indicato nella quota comprende

**ALLEGATO ALLA CIRCOLARE N. 40/2025 – FAVIGNANA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Io sottoscritto(Socio CRAL) |  | Cod. Fiscale |  |
|  |  |  |  |
| E-Mail |  | TelefonoCellulare |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  | TelefonoAbitazione |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐  | In quiescenza | ☐  | In servizio presso |  | Telefono ufficio |  |

**PRENOTO** la partecipazione per le seguenti persone: (indicare anche il nome del Socio se partecipante all’evento):

*(Il cognome e il nome dei partecipanti devono corrispondere esattamente a quelli riportati sul documento di identità)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** |  | **Luogo e data di nascita** |  | **Grado di parentela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Per la sistemazione in camere: | Matrimoniali |  | Doppie |  | Singole |  | Triple |  | Quadruple |
| N° |  | N° |  | N° |  | N° |  | N° |  |

|  |
| --- |
| Eventuali note/richieste sulle camere: |

**RICHIEDO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assicurazione annullamento viaggio, malattia o infortunio proprio o di un familiare** *(con franchigia)* ***€ 75,00*** | [ ]   | **SI** | [ ]   | **NO** |
| **Il servizio di pullman SIENA/PISA/SIENA** *(Importo da definire in base al n. dei partecipanti)* | [ ]   | **SI** | [ ]   | **NO** |

**AUTORIZZO**

|  |  |
| --- | --- |
| La BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.p.A. ad addebitare sul mio conto corrente n°  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN: | I | T |  |  |  | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’importo complessivo della **CAPARRA** di **€** |  | *(****€ 300,00*** *a persona)* da riconoscere al CRAL del Gruppo Bancario Montepaschi |
| Mediante l'accredito sul c/c n. 33381.83 presso la Filiale di Siena per la partecipazione di n |  | Persone al viaggio a **FAVIGNANA**  |

**dal 13 al 20 SETTEMBRE 2025**

**AUTORIZZO** il CRAL del GRUPPO BANCARIO MONTE DEI PASCHI DI SIENA a corrispondere all’Agenzia di Viaggi, per mio conto, l’intero ammontare del viaggio suddetto.

**CHIEDO** di rimborsare al CRAL il saldo del viaggio mediante addebito sul conto corrente sopra indicato:

[ ]  in unica soluzione [ ]  in CINQUE RATE mensili senza interessi a partire dal mese di **OTTOBRE 2025**

Dichiaro di essere a conoscenza delle condizioni relative al viaggio prescelto. Prendo atto che in caso di rinuncia verranno applicate le penalità previste dalle norme che regolano l'attività turistica. Mi impegno a rimborsare quanto l'Agenzia Viaggi reclamerà a codesto CRAL a tale titolo. Resta comunque inteso che in mancanza di pagamento il CRAL è da me autorizzato a rivalersi sulla mia retribuzione o sul mio conto liquidazione derivanti dal mio rapporto di lavoro con la Banca Monte dei Paschi di Siena o su altri miei redditi o beni. Esonero il CRAL da ogni responsabilità per qualsiasi danno che possa derivare a me e/o ai miei familiari durante tutto lo svolgimento del viaggio.

Prendo inoltre atto che, ai sensi del "GDPR - Regolamento UE 2016/679”, i "dati personali" richiesti nel presente modulo saranno trattati da parte del Cral dei Dipendenti del Gruppo Bancario Montepaschi - Siena secondo le modalità e per le finalità descritte nell' "Informativa per il trattamento dei dati personali" reperibile sul sito del Cral (www.cralmontepaschi.it) di cui confermo di aver preso visione.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Nome / Firma (solo per invio cartaceo) |  |

|  |
| --- |
| **Da inviare entro il 14 MARZO 2025 a:** |
| **MASSIMO NUCCI**  | **massimo@cralmontepaschi.it** | Tel. Cellulare 335 1862971 |
| c/o CRAL MONTEPASCHI – Via dei Termini 31 – 53100 SIENA (SI) |