

Fioritura della lavanda a Godiasco

Iniziativa 250252



FIORITURA DELLA LAVANDA DI GODIASCO SABATO 21 GIUGNO 2025

Proposta:

PROGRAMMA DI VIAGGIO: Al mattino ritrovo del gruppo nel luogo convenuto e partenza in Pullman GT in direzione di Godiasco. Arrivati a Godiasco, direzione verso una delle fattorie o aziende agricole locali che coltivano la lavanda per visita guidata. Durante la visita, si scoprirà non solo la bellezza dei campi fioriti, ma anche il processo di coltivazione della lavanda e la sua raccolta. Si potrà passeggiare tra i filari di lavanda, ammirare i colori e scattare foto indimenticabili. **Pranzo libero.** Nel pomeriggio, passeggiata libera nel centro di Godiasco, un caratteristico borgo che conserva il fascino delle antiche abitazioni in pietra. Si può visitare la Chiesa di San Giovanni Battista, risalente al XII secolo, e magari fare una sosta in una delle caffetterie locali per un caffè o un gelato. Al termine, rientro verso i luoghi d'origine. Fine dei servizi.

Agenda Programma:

RITROVO:

ore 08,00 a PARMA Green Life
ore 08,15 a Ponte Taro di fronte Hotel San Marco
ore 08,30 a FIDENZA Parcheggio Outlet Fidenza Village
ore 08,45 a FIORENZUOLA Parcheggio Bar Romano
ore 09,00 a PIACENZA P.le Dechatlon
Rientro alle località di provenienza alla fine della giornata.

La quota comprende:

1 BUS GT A DISPOSIZIONE PER L'INTERA GITA;
1 VISITA GUIDATA DI MEZZA GIORNATA IN UN'AZIENDA AGRICOLA TIPICA;
ASSICURAZIONE MEDICO BAGAGLIO;
IVA E TASSE

La quota non comprende:

PRANZI,
INGRESSI,
EXTRA E TUTTO CIO' NON MENZIONATO NELLA "QUOTA DI PARTECIPAZIONE COMPRENDE".
Per aderire all'iniziativa è necessario essere socio FITeL e sottoscrivere l'assicurazione: la tessera (costo 1 euro per Familiari conviventi ed Aggregati) e l'assicurazione (costo 3,5 euro per Soci, Familiari conviventi ed Aggregati) hanno validità annuale (anno solare) e vengono attivate in occasione della prima partecipazione ad iniziative del CRAL.

Assicurazione:

Si ricorda che con il tesseramento a FITeL (costo 1 euro) e l'adesione alla polizza (costo 3,5 euro) - con validità anno solare - addebitate in occasione della prima iniziativa, sono previste le seguenti coperture assicurative:
a) Infortuni occorsi durante attività del CRAL - FITeL, comprese quelle sportive dilettantistiche; invalidità permanente: massimo 30.000 euro; morte: massimo 30.000 euro; spese sanitarie: massimo 2.500 euro con franchigia di E 100, salvo una franchigia pari al 20% (minimo 150 euro) nel caso di strutture private.
b) Responsabilità Civile verso Terzi dei soci FITeL: la garanzia è prestata per tutti gli iscritti FITeL relativamente alla Responsabilità Civile verso Terzi per la partecipazione alle attività svolte dal socio e previste dallo statuto del CRAL e della FITeL. Massimali: 300.000 euro per ogni sinistro, per persona e per danni a cose o animali.
Copie integrali delle polizze sono consultabili e prelevabili in formato pdf ai seguenti link:
POLIZZA INFORTUNI 2024
POLIZZA R.C.2024

Note:

Al raggiungimento dei 20 e dei 30 Partecipanti verrà applicata una riduzione sulla quota.
La quota di partecipazione, unitamente ad eventuali costi aggiuntivi riferiti ad extra non inclusi nella quota, pagati dal Cral in nome e per conto del partecipante, potranno costituire oggetto di conguaglio al termine dell'iniziativa. Per contro, ovviamente, sarà previsto una riduzione della quota e/o del contributo originariamente indicato a fronte di minor costi accertati.

Organizzazione Tecnica: Travel Friends S.r.l. Società Unipersonale

Strada Marosticana, 26 - 36100 VICENZA Tel. 0444 1574970

Quote di partecipazione:

- **Iscritto CRAL:** 49,00 €
- **Iscritto Sezione:** 49,00 €
- **Familiare convivente:** 72,00 €
- **Familiare NON convivente o Aggregato:** 98,00 €
- Riduzione minori

Data inizio: 21/giu/2025

Data fine: 21/giu/2025

Contatti:

Miglioli Francesca

Email: francesca.miglioli@virgilio.it

Cellulare: 3487540589

Montanini Franco

Email: montanini.franco@gmail.com

Cellulare: 3346235802

Tagliando di adesione da inviare, **entro il 15 maggio 2025**, utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite fax al numero:
- tramite posta all' indirizzo: Sezione Parma, Via Cavestro 12 43121 Parma
- tramite fax al numero:
- tramite posta all' indirizzo: Sezione Parma, Via La Spezia 138 43126 Parma

Il/la sottoscritto/a: _____ n. tel: _____ (i cui dati, se partecipante, devono essere riportati nella tabella sottostante) intende aderire all'iniziativa **Fioritura della lavanda a Godiasco (circolare 250252)**

Autorizza l'addebito di € _____ IBAN: _____ intestato a: _____

Liberatoria Immagini

In relazione alla presente iniziativa, per me e per tutti gli altri partecipanti adulti sopra indicati, autorizzo il CRAL CA Italia, anche per il tramite di terzi appositamente autorizzati, a realizzare ed eventualmente pubblicare nell'account Instagram o in documenti interni (es. bilancio) immagini fotografiche e riprese audio e/o video. Le immagini di minori eventualmente riprese non verranno utilizzate

Accettazione penale

Prendo atto che in caso di disdetta il CRAL si riserva il diritto di applicare una penale a titolo di rimborso delle quote di partecipazione corrisposte e /o da corrispondere a soggetti terzi (tour operator, agenzie di viaggio, alberghi, ecc.).

Mandato con rappresentanza al CRAL CA Italia

In relazione alla presente iniziativa, conferisco per me e per gli altri aderenti all'iniziativa sopra indicati, avendone i poteri, mandato non oneroso con rappresentanza al CRAL CA Italia. Autorizzo pertanto il CRAL CA Italia a pagare in nome e per conto mio e degli altri aderenti all'iniziativa, i fornitori dei beni e servizi, impegnandomi a fornire la provvista di quanto a tale titolo dovuto.

Conferma presa visione delle condizioni dell'iniziativa

Dichiaro di aver preso visione del programma dell'iniziativa, della quota di partecipazione, dei supplementi (se previsti), delle assicurazioni da stipulare e di tutti gli allegati al programma, nonché di conoscerli e di accettarli nella loro interezza. A mia discrezione potrò eventualmente stipulare - a mia cura e con spese a mio carico - altre polizze assicurative, in aggiunta a quelle proposte, se dovessi ritenere non adeguate le coperture prestate ed i massimali indicati nelle polizze e riassunti dal CRAL CA Italia.

Data: _____ Firma: _____

Elenco partecipanti

Partecipante 1

Dati personali:

- Cognome e nome: _____
- Codice fiscale: _____
- Data e Luogo di nascita: _____
- Indicare se IS-IC-FA-AG: _____
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa: _____

Informazioni richieste:

- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa _____
- Ritrovo a:
- Riduzione minori si no

Partecipante 2

Dati personali:

- Cognome e nome: _____
- Codice fiscale: _____

- Data e Luogo di nascita: _____
- Indicare se IS-IC-FA-AG: _____
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa: _____

Informazioni richieste:

- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa _____
- Ritrovo a:
- Riduzione minori si no

Informazioni:

Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa _____

Ritrovo a:

Una sola risposta:

Riduzione minori Prezzo €: si no