



PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE A HAPPYCAMP
ANNO 2019-2020
(Segnalare UNA SOLA RICHIESTA)

| Periodo del HappyCamp | | Disponibilità * |
|---|---|--|
| Handicamp L.N. Albarella – Rosolina Mare (RO) 18/05/2019 – 01/06/2019 |  | <input type="checkbox"/> Dal 18/05/2019 - al 25/05/2019 <input type="checkbox"/> Dal 25/05/2019 - al 01/06/2019 |
| Villa Gregoriana – Auronzo di Cadore (BL) 04/06/2019 – 09/06/2019 |  | <input type="checkbox"/> |
| Ancarano Camp – Ancarano (Slovenia) 26/08/2019 – 01/09/2019 |  | <input type="checkbox"/> |
| I parchi del Sorriso – Peschiera del Garda (VR) 21/09/2019 – 28/09/2019 |  | <input type="checkbox"/> |

F O T O
Obbligatoria
per tutti
COMPRESO CHI HA
GIÀ PARTECIPATO

(TUTTI I DATI SONO OBBLIGATORI)

PARTECIPANTE

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....CAP.....Città.....

Prov.....Telefono.....email.....

Data di nascita Luogo di nascita M F

Documento di identità valido per l'espatrio (CI o passaporto)

Rilasciato da Valido fino al

Misura/Taglia S M L XL XXL

Eventuale richiesta (se possibile) di coabitazione con.....



LA MANCATA FIRMA COMPORTA IL NON ESAME DELLA PROPOSTA

PRESENTATO dal ROTARY CLUB DI _____

Firma del Presidente o del Delegato del Rotary Club _____

PRIVACY

Il sottoscritto, DICHIARA di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, ed ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi descritte.

La informativa è disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali.

Data

Firma del richiedente(*)

(*) nel caso di minore la richiesta deve essere sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale; nel caso di persona interdetta e/o non capace di intendere e volere, la richiesta deve essere sottoscritta dal Tutore; nel caso di persona sottoposta ad amministrazione di sostegno e/o persona con problemi cognitivi, la richiesta deve essere sottoscritta dall'amministratore di sostegno; utilizzando la parte seguente.

Modello di richiesta e rilascio del Consenso al trattamento dei dati personali per i minori

Il/La sottoscritto/a

| | |
|----------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Indirizzo | |
| Luogo e data di nascita | |
| Residente | |
| Tipo Documento di Identità | |
| N. | |
| Rilasciato da | |
| Rilasciato in data | |



Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

CERTIFICA DI ESSERE: (barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la potestà genitoriale:

congiuntamente all'altro genitore:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| <input type="checkbox"/> presente | <input type="checkbox"/> assente, ma è INFORMATO e AUTORIZZA a procedere; |

Genitore unico in quanto: vedovo/a unico genitore che ha riconosciuto il minore

altro (specificare) del minore:

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Indirizzo | |
| Luogo e data di nascita | |

Richiede la partecipazione alle attività sopraindicate, e DICHIARA di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, ed ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati per se e per il minore (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato) per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

Luogo e Data

In fede

Modello di richiesta e rilascio del Consenso al trattamento dei dati personali nel caso di persona interdetta e/o non capace di intendere e volere, persona sottoposta ad amministrazione di sostegno e/o persona con problemi cognitivi

Il/La sottoscritto/a

| | |
|-----------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Indirizzo | |



| | |
|----------------------------|--|
| Luogo e data di nascita | |
| Residente | |
| Tipo Documento di Identità | |
| N. | |
| Rilasciato da | |
| Rilasciato in data | |

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

CERTIFICA DI ESSERE: (barrare solo le voci di interesse)

tutore

amministratore di sostegno di

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |

Richiede la partecipazione alle attività sopraindicate, e DICHIARA di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, ed ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati per se e per il la persona sopraindicata (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato) per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

Luogo e Data

In fede



ACCOMPAGNATORE: INDICAZIONI OBBLIGATORIE

Cognome.....Nome.....
Data di nascita Luogo di nascita
M F Residente aVia
CAP.....Città.....Prov.....
* Grado di parentela.....Telefono.....
Documento di identità valido per l'espatrio (CI – passaporto).....
n. rilasciato da
Valido fino al Eventuali intolleranze/allergie
alimentari.....

*oppure assistente, accompagnatore non professionale ecc.

Recapiti per il contatto in caso di necessità

In caso di necessità durante la permanenza telefonare a

Tel. Casa

Tel. ufficio

Cellulare

Il sottoscritto, DICHIARA di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, ed ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa.

Data _____

Firma _____



SCHEDA MEDICA

(da compilarsi in stampatello da parte del Medico curante)

Trattandosi di una vacanza *si raccomanda di valutare attentamente ed obiettivamente le condizioni del Partecipante, che dovranno essere tali da non richiedere interventi ripetuti e/o particolari assistenze mediche.*

Cognome/Nome Partecipante:

Diagnosi precisa e completa della disabilità, specificando se essa sia motoria, psico- intellettiva o se comprenda entrambe:

Indicare se e quale terapia vi sia in atto e se questa debba essere continuativa:

E' necessario che il Partecipante porti con sé
TUTTI I MEDICINALI indispensabili per TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA
(non sempre è possibile reperire il medicinale utile)

Indicare eventuali intolleranze/allergie alimentari: _____



IMPORTANTE (rispondere SI o NO): il contenuto delle risposte è cruciale per rendere il più adeguate possibile l'accoglienza e la permanenza del Partecipante:

| | | | |
|--|--|--|--|
| Si muove solo su sedia a rotelle? | | E' in grado di vestirsi autonomamente? | |
| Si muove solo con le stampelle? | | E' in grado di mangiare autonomamente? | |
| Cammina autonomamente? | | Ha problemi di parola? | |
| Cammina con aiuto? | | Ha problemi di vista? | |
| Può fare le scale autonomamente? | | Controlla gli sfinteri? | |
| Ha il controllo delle mani? | | Presenta enuresi? | |
| Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni? | | Necessita di sponde per il letto? | |
| | | Ha infezioni in atto? | |
| Può bagnarsi in piscina sotto il controllo dell'accompagnatore? | | | |
| Sussistono controindicazioni alla messa in acqua e alla successiva movimentazione fisica del partecipante? | | | |
| Il partecipante ha già svolto o sta svolgendo delle sedute di terapia in acqua? | | | |
| Se sì, sussistono particolari controindicazioni? | | | |
| Ha necessità di avere il cibo frullato? | | | |



IMPORTANTE

Allo scopo di permettere agli organizzatori di pianificare le attività, è necessario esprimere un parere sull'atteggiamento sia fisico che psichico dell'interessato nei confronti della propria patologia e nei confronti del prossimo.

Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:

N° telefono fisso e mobile del Medico curante: _____

Timbro e firma del Medico Curante