




PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AI ROTARY CAMP ANNO 2018
(Segnalare UNA SOLA RICHIESTA)

Periodo del Rotary Camp		Disponibilità *
Handicamp L.N. Albarella – Rosolina Mare (RO) 05/05/2018 – 19/05/2018		<input type="checkbox"/> Dal 05/05/2018 - al 12/05/2018 <input type="checkbox"/> Dal 12/05/2018 - al 19/05/2018
Villa Gregoriana – Auronzo di Cadore (BL) 05/06/2018 – 10/06/2018		<input type="checkbox"/>
Ancarano Camp – Ancarano (Slovenia) 27/08/2018 – 02/09/2018		<input type="checkbox"/>
I parchi del Sorriso – Peschiera del Garda (VR) 15/09/2018 – 22/09/2018		<input type="checkbox"/>

F O T O
Obbligatoria
per tutti
COMPRESO CHI HA
GIÀ' PARTECIPATO

(Tutti i dati sono obbligatori)

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

Indirizzo.....CAP.....Città.....

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

Data di nascita Luogo di nascita M F

Documento di identità (CI).....

rilasciato da Valido fino al

Misura/Taglia S M L XL XXL

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

Data _____ Firma del richiedente _____

LA MANCATA FIRMA COMPORTA IL NON ESAME DELLA PROPOSTA

PRESENTATO dal ROTARY CLUB DI _____

Firma del Presidente o del Delegato del Rotary Club _____



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 (CI – Patente)..... n.
 rilasciato da Valido fino al
 Eventuali intolleranze/allergie alimentari.....
 *oppure assistente, accompagnatore non professionale ecc.

PRIVACY

Informativa ai sensi del Dlgs 196/2003: codice in materia di protezione dei dati personali. La presente informativa riguarda il conferimento dei dati personali relativi alla domanda di partecipazione/scheda medica/programma indicato nella proposta di partecipazione (di seguito denominato programma). Il conferimento dei dati personali è necessario a consentire all'interessato/i la partecipazione al programma, pertanto la mancata o parziale comunicazione impedirà l'accesso e/o l'esecuzione del medesimo. La informiamo che i dati personali, anche di natura sensibile, relativi alla domanda di partecipazione al programma saranno raccolti e trattati in modo lecito, pertinente e completo, nei limiti delle finalità del programma, secondo correttezza e nel rispetto della normativa vigente. I dati saranno conservati per il tempo necessario allo svolgimento del programma e comunque secondo le prescrizioni normative. Titolare del trattamento dei dati è l'associazione Rotary International Distretto 2060, in persona del suo rappresentante legale pro-tempore, con sede in 37121 Verona – Vicolo Rensi, 5. Le seguenti categorie di soggetti dell'organizzazione Rotary International, potranno conoscere i suoi dati, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento: Commissioni e Sottocommissioni distrettuali preposte alla gestione del programma; Segreterie interne; addetti alla contabilità, Rotary club che segnaleranno la candidatura e Rotary club che verranno coinvolti nel programma, oltre agli organi superiori del Rotary International, questi ultimi anche con sede fuori dal territorio italiano. I suoi dati personali non verranno diffusi, nel senso di darne conoscenza a soggetti indeterminati, ma potranno essere comunicati a soggetti che possono accedervi in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti di tali norme; a soggetti che hanno necessità di accedervi per finalità correlate al rapporto che intercorre tra Lei e la nostra associazione, nei limiti strettamente necessari allo svolgimento di tali rapporti; a soggetti nostri consulenti, nei limiti necessari per svolgere il loro incarico presso la nostra associazione, secondo le prescrizioni di legge. I dati verranno trattati anche in forma elettronica. In ogni caso ai sensi dell'art. 7 D.lgs. 196/2003, al quale ci si richiama integralmente, le sarà data sempre facoltà di chiedere l'origine dei dati personali, della logica applicata al trattamento, l'accesso, la conferma, l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la trasformazione, il blocco, la cancellazione dei suoi dati e l'attestazione di un tanto, salvo che questo adempimento si riveli impossibile e/o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Potrà anche opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. **Nel caso in cui i partecipanti al programma siano minori di diciotto anni, si richiederanno anche i dati dei genitori o altri soggetti esercenti la potestà, ai quali parimenti è diretta la predetta informativa. I dati saranno trattati con le medesime modalità e finalità sopra descritte.** Per esercitare i suoi diritti Lei potrà rivolgersi al Titolare del trattamento al seguente indirizzo di posta elettronica: segreteria2017-2018@rotary2060.eu e/o all'indirizzo postale Rotary International Distretto 2060, Vicolo Rensi, 5 – 37121 Verona.

Il Titolare del trattamento :Rotary International Distretto 2060, in persona del suo rappresentante legale pro-tempore
 Data 01/01/2018 Firmato Stefano Campanella (Governatore in carica)

Assenso di colui o coloro che esercitano la patria potestà

Acconsento la partecipazione di _____ al Progetto Sociale
 _____ nel periodo sopraindicato.

In caso di necessità durante la permanenza telefonare a _____

Tel. Casa _____ Tel. ufficio _____ Cellulare _____

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 adeguato 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?			
Ha necessità di avere il cibo frullato?			

IMPORTANTE

Allo scopo di permettere agli organizzatori di pianificare le attività e la sistemazione dei partecipanti negli alloggi, ricordiamo che **le unità abitative messe a disposizione hanno alcune limitazioni per la mobilità dei disabili** e che è quindi necessario **esprimere un parere sull'atteggiamento sia fisico che psichico dell'interessato nei confronti della propria patologia e nei confronti del prossimo**. Va considerato in particolare l'ingombro delle carrozzine in spazi ridotti, con porte della larghezza massima di cm. 70 e la presenza di scale senza corrimano.

E' in grado di alloggiare al piano superiore (scale di accesso senza corrimano)?

SI

NO

Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:

N° telefono fisso e mobile del Medico curante: _____

Timbro e firma del Medico Curante