



**PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AI ROTARY CAMP**  
**ANNO 2018-2019**  
**(Segnalare UNA SOLA RICHIESTA)**

<b>Periodo del Rotary Camp</b>	<b>Disponibilità *</b>
Handicamp L.N. Albarella – Rosolina Mare (RO) <b>04/05/2019 – 18/05/2019</b>	<input type="checkbox"/> Dal 04/05/2019 - al 11/05/2019 <input type="checkbox"/> Dal 11/05/2019 - al 19/05/2019
Villa Gregoriana – Auronzo di Cadore (BL) <b>04/06/2019 – 09/06/2019</b>	<input type="checkbox"/>
Ancarano Camp – Ancarano (Slovenia) <b>27/08/2018 – 02/09/2018</b>	<input type="checkbox"/>
I parchi del Sorriso – Peschiera del Garda (VR) <b>15/09/2018 – 22/09/2018</b>	<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

(CI).....

rilasciato da ..... Valido fino al .....

Misura/Taglia S M L XL XXL

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



## 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 descritte nell'allegata Informativa.

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

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 per  
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 a ..... Via.....  
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.

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'allegata Informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega alla presente la informativa al trattamento dei dati personali



## 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- intellettuale 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.

**Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:**

**N° telefono fisso e mobile del Medico curante:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante