



PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AI ROTARY HAPPY SKI ANNO 2020 (Segnalare UNA SOLA RICHIESTA)

Happy Ski Asiago – Altopiano 7 Comuni (VI)

05/03/2020 – 08/03/2020

FOTO
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 _____



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. L'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 _____

presente

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:

Rotary
Distretto 2060



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 del 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 _____
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 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.

Rotary
Distretto 2060



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	NO		SI	NO
Si muove solo su sedia a rotelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' in grado di vestirsi autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si muove solo con le stampelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' in grado di mangiare autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cammina autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha problemi di parola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cammina con aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha problemi di vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Può fare le scale autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controlla gli sfinteri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha il controllo delle mani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presenta enuresi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessita di sponde per il letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha infezioni in atto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha necessità di avere il cibo frullato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha problemi di altitudine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Può bagnarsi in piscina sotto il controllo dell'accompagnatore?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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**. Si suggerisce l'utilizzo di carrozzine leggere ad ingombro ridotto.

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