



**PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE ALL'HAPPYCAMP  
I PARCHI DEL SORRISO  
17<sup>^</sup> EDIZIONE | 16-23 settembre 2023**

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

**(Tutti i dati sono obbligatori)**

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

C.F.....email.....

Indirizzo.....

CAP.....Città.....Prov.....Telefono.....

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, disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali, ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi descritte.

Luogo e 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.



1) 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"/> <b>presente</b>	<input type="checkbox"/> <b>assente</b> , ma è INFORMATO e AUTORIZZA a procedere;

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

altro (specificare) .....

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 disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali, 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

\_\_\_\_\_



2) 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, disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali 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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_



## ACCOMPAGNATORE: INDICAZIONI OBBLIGATORIE

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

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... M  F

C.F.....email.....

Residente a .....Via .....

CAP.....Città.....Prov.....

\* Grado di parentela.....Telefono cellulare.....

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 di familiari e/o responsabili in caso di necessità durante il soggiorno** (16-23 settembre 2023)

A. Tel. \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_

B. Tel. \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_

C. Tel. \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, **DICHIARA** di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

Luogo e 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 le 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?			
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**. Si suggerisce l'utilizzo di carrozzine leggere ad ingombro ridotto.

---

### MEDICO CURANTE

**(i recapiti sono importanti e d'aiuto per eventuali necessita durante il soggiorno)**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Tel. ambulatorio: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico curante

\_\_\_\_\_