



Rotary

Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

COMMISSIONE VILLA GREGORIANA

CAMP VILLA GREGORIANA "MAX PACHNER"

INSIEME NEI VALORI DELLA SOLIDARIETA'



**CREATE HOPE
in the WORLD**

PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AL CAMP

Rotarycamp Villa Gregoriana - Auronzo di Cadore (BL)

4 - 9 giugno 2024

(Tutti i dati sono obbligatori)

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

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

M • F •

C.F.....

email.....

Indirizzo.....

CAP.....Città..... Prov.....

Telefono.....

Data di nascita

Luogo di nascita

Documento di identità (CI).....

Rilasciato da..... Valido fino al

Misura/Taglia S M L XL XXL

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 _____



Rotary
Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

COMMISSIONE VILLA GREGORIANA



CREATE HOPE
in the **WORLD**

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.

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 _____ 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:

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Luogo e data di nascita _____



Rotary
Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

COMMISSIONE VILLA GREGORIANA



CREATE HOPE
in the WORLD

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 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, 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.

Data _____ Firma _____



Rotary

Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA – TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

COMMISSIONE VILLA GREGORIANA



**CREATE HOPE
in the WORLD**

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, psicotellettiva 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?	[]
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 delle persone con disabilità** 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.**

Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:

N° telefono del Medico curante: _____

Timbro e firma del Medico Curante