



ROTARY CLUB VERONA
ROTARY CLUB LEGNAGO
ROTARY CLUB VERONA EST
ROTARY CLUB PESCHIERA E DEL GARDA V.SE
ROTARY CLUB VERONA SUD M. SANMICHELI
ROTARY CLUB VILLAFRANCA
ROTARY CLUB VERONA SOAVE
ROTARY CLUB VERONA NORD
ROTARY CLUB VERONA SCALIGERO
ROTARY CLUB VERONA INTERNATIONAL

F O T O
Aggiornata e
Obbligatoria

DISTRETTO 2060

“I PARCHI DEL SORRISO” – 24/27 settembre 2015

DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Data e luogo di nascita _____ Sesso _____

Telefono _____ E-mail (se disponibile) _____

Data _____ Firma _____

ROTARY CLUB PRESENTATORE _____

Il Responsabile _____

Assenso di colui o coloro che esercitano la patria potestà

Acconsento la partecipazione di _____
all’iniziativa “I parchi del sorriso”.

Il mio indirizzo durante il soggiorno è _____

Tel. casa _____ Tel. ufficio _____ Cell. _____

Data _____ Firma _____

Durante il soggiorno sarà assicurata la presenza di un medico Rotariano per assistenza di prima necessità. Si raccomanda pertanto di valutare attentamente ed obiettivamente le condizioni del partecipante, che dovranno essere tali da non richiedere interventi ripetuti e/o particolari assistenze mediche.

SCHEDA MEDICA

(da compilarsi in stampatello dal Medico curante)

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Gruppo sanguigno _____

Diagnosi precisa e completa dell'handicap, specificando se esso sia solo motorio, solo psico-intellettuale od entrambi:

Da compilare con la massima cura (rispondere SI o NO)

Si muove solo su sedia a rotelle?		E' in grado di vestirsi da solo?	
Si muove con le stampelle?		E' in grado di mangiare da solo?	
Cammina da solo?		Ha problemi di parola?	
Cammina con aiuto?		Ha problemi di vista?	
Può fare le scale da solo?		Controlla gli sfinteri?	
Ha controllo delle mani?		Presenta enuresi?	
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni ?		Necessita di sponde nel letto?	
		Infezioni in atto?	

Indicare con precisione la terapia in atto e se questa deve essere continuativa: _____

AVVISO IMPORTANTE

E' necessario che il partecipante porti con sé tutte le medicine a lui indispensabili per il periodo di permanenza.

Allo scopo di permettere agli organizzatori di pianificare le attività e la sistemazione logistica delle persone, ricordiamo che solo alcuni bungalows sono dotati di servizi per disabili, pertanto la maggior parte dei partecipanti dovrà utilizzare servizi non attrezzati per i diversamente abili.

Si richiede di esprimere un parere sull'atteggiamento sia fisico che psichico dell'interessato nei confronti del proprio handicap e nei confronti del prossimo.

(si chiede cortesemente di scrivere in modo leggibile)

Altre informazioni _____

Data _____

(timbro e firma del Medico)

N° telefono Medico curante _____

ACCOMPAGNATORE O ASSISTENTE DURANTE I SOGGIORNI

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Grado di parentela _____

Con riferimento a quanto previsto dalla legge 31/12/1996, n. 675 (legge sulla privacy), il sottoscritto:

prende atto che i dati personali richiesti o acquisiti saranno utilizzati da parte dei Rotary Clubs organizzatori, anche tramite l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, esclusivamente per il perseguimento degli scopi sociali.

Il sottoscritto acconsente, pertanto, ai sensi della legge 31 Dicembre 1996 n. 675, al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali per le finalità innanzi precisate anche da altri soggetti, riservandosi i diritti di verifica e di intervento di cui all'art. 13 della summenzionata legge.

Rimane fermo che il presente benestare è condizionato al rispetto delle disposizioni di cui alla vigente normativa.

Data _____

Firma _____