



Handicamp "Lorenzo Naldini" - Albarella
28 maggio - 11 giugno 2016

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

PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE

Tutti i dati sono obbligatori

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Nata/o a _____ il _____ Sesso _____

Documento identità (CI) n. _____ comune di _____

Valido fino al _____ Telefono _____

Misura/taglia: S M L XL XXL

*Presenza desiderata: 1^ settimana 2^ settimana 15 giorni

* segnare con "X" il periodo desiderato, che sarà considerato nei limiti della disponibilità.

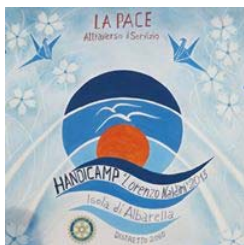
Eventuale richiesta (se possibile) di coabitazione con _____

Data _____ Firma del richiedente _____

PRESENTATO dal ROTARY CLUB DI _____

Firma del Presidente o del Delegato del Rotary Club

IMPORTANTE: La mancata firma comporta il NON esame della proposta



ACCOMPAGNATORE: INDICAZIONI OBBLIGATORIE

Cognome _____ Nome _____

Nata/o _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Via _____

*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.

PRIVACY

Informativa ai sensi del Dlgs 196/2003: codice in materia di protezione dei dati personali. La presente informativa riguarda il conferimento dei dati personali relativi alla domanda di partecipazione/scheda medica al programma Handicamp "Lorenzo Naldini" – Albarella (di seguito denominato programma). Il conferimento dei dati personali è necessario a consentire all'interessato/i la partecipazione al programma, pertanto la mancata o parziale comunicazione impedirà l'accesso e/o l'esecuzione del medesimo. La informiamo che i dati personali, anche di natura sensibile, relativi alla domanda di partecipazione al programma saranno raccolti e trattati in modo lecito, pertinente e completo, nei limiti delle finalità del programma, secondo correttezza e nel rispetto della normativa vigente. I dati saranno conservati per il tempo necessario allo svolgimento del programma e comunque secondo le prescrizioni normative. Titolare del trattamento dei dati è l'associazione Rotary International Distretto 2060, in persona del suo rappresentante legale pro-tempore, con sede in 34133 Trieste – Via Giustiniano 9. Le seguenti categorie di soggetti dell'organizzazione Rotary International, potranno conoscere i suoi dati, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento: Commissioni e Sottocommissioni distrettuali preposte alla gestione del programma; Segreterie interne; addetti alla contabilità, Rotary club che segneranno la candidatura e Rotary club che verranno coinvolti nel programma, oltre agli organi superiori del Rotary International, questi ultimi anche con sede fuori dal territorio italiano. I suoi dati personali non verranno diffusi, nel senso di darne conoscenza a soggetti indeterminati, ma potranno essere comunicati a soggetti che possono accedervi in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti di tali norme; a soggetti che hanno necessità di accedervi per finalità correlate al rapporto che intercorre tra Lei e la nostra associazione, nei limiti strettamente necessari allo svolgimento di tali rapporti; a soggetti nostri consulenti, nei limiti necessari per svolgere il loro incarico presso la nostra associazione, secondo le prescrizioni di legge. I dati verranno trattati anche in forma elettronica. In ogni caso ai sensi dell'art. 7 D.lgs. 196/2003, al quale ci si richiama integralmente, le sarà data sempre facoltà di chiedere l'origine dei dati personali, della logica applicata al trattamento, l'accesso, la conferma, l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la trasformazione, il blocco, la cancellazione dei suoi dati e l'attestazione di un tanto, salvo che questo adempimento si riveli impossibile e/o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Potrà anche opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. **Nel caso in cui i partecipanti al programma siano minori di diciotto anni, si richiederanno anche i dati dei genitori o altri soggetti esercenti la potestà, ai quali parimenti è diretta la predetta informativa. I dati saranno trattati con le medesime modalità e finalità sopra descritte.** Per esercitare i suoi diritti Lei potrà rivolgersi al Titolare del trattamento al seguente indirizzo di posta elettronica: segreteria2015-2016@rotary2060.eu e/o all'indirizzo postale Rotary International Distretto 2060, Via Giustiniano 9 – 34133 Trieste. Il Titolare del trattamento :Rotary International Distretto 2060, in persona del suo rappresentante legale pro-tempore

Data 10 luglio 2015

Firmato: Giuliano Cecovini (Governatore in carica)

Assenso di colui o coloro che esercitano la patria potestà

Acconsento la partecipazione di _____ al Campus di Albarella nel periodo sopraindicato.

In caso di necessità durante la permanenza telefonare a _____

Tel. Casa _____ Tel. ufficio _____ Mobile _____

Data _____

Firma _____



SCHEDA MEDICA

(da compilarsi in stampatello da parte del Medico curante)

L'isola di Albarella è un luogo di villeggiatura con solo Guardia Medica locale. 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.

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 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.

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