



**PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE ALL' HAPPYCAMP **ALBARELLA****  
**“Lorenzo Naldini”**  
**06 – 13 maggio 2023**

**(Tutti i dati sono obbligatori)**

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

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/La sottoscritto/a **GENITORE**  **TUTORE**  **AMM.RE DI SOSTEGNO**

Cognome	
Nome	
Indirizzo	
Luogo e data di nascita	
Residente	
Tipo Documento di Identità	
N.	
Rilasciato da	
Rilasciato in data	

<b>MAIL:</b>
--------------

<b>TELEFONO:</b>
------------------

**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

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 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 \_\_\_\_\_



## **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 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?			
Si muove solo con le stampelle?			
Cammina autonomamente?			
Cammina con aiuto?			
Può fare le scale autonomamente?			
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni?			
Altro da segnalare:			
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 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.

---

---

**Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:**

**N° telefono fisso e mobile del Medico curante:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante