

Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ONLUS  
Sede Regionale Pugliese

Al Presidente  
Dell'I.Ri.Fo.R.ONLUS Sede Regionale Pugliese  
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - CAMPO ESTIVO RIABILITATIVO 2016

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ legale rappresentante del partecipante \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )  
c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. / cell. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

che \_\_\_\_\_ (*nome e cognome del partecipante*) possa partecipare al Campo estivo riabilitativo che si terrà dal 25 giugno al 9 luglio 2016 presso il Villaggio "Toccaciolo" ( C.da Laccata sn, Nova Siri).  
A tal fine, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- che il partecipante non presenta minorazioni aggiuntive; (*segnare con una crocetta*)
- che il partecipante presenta minorazioni aggiuntive, come si evince dalla certificazione fornita in allegato; (*segnare con una crocetta*)
- che il grado di autonomia da lui/lei raggiunto nel movimento e nella cura della propria persona risulta sufficiente; (*segnare con una crocetta*)
- che il grado di autonomia da lui/lei raggiunto nel movimento e nella cura della propria persona non risulta sufficiente; (*segnare con una crocetta*)
- che il proprio medico di medicina generale è (*indicare*)  
nome e cognome \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ recapiti \_\_\_\_\_
- che il proprio assistente sociale di riferimento è (*indicare*)  
nome e cognome \_\_\_\_\_ comune di riferimento \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ recapiti \_\_\_\_\_
- di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente in ogni sua clausola

Allega alla presente:

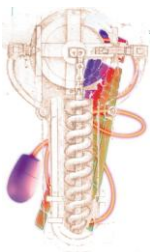
- fotocopia verbale di commissione medica (o altra certificazione medica equipollente) attestante lo status di non vedente o ipovedente;
- certificazione attestante la minorazione aggiuntiva (se presente);
- copia di un documento di riconoscimento valido;
- copia della tessera sanitaria;
- certificato di sana e robusta costituzione, attestante, altresì eventuali terapie farmacologiche, allergie, diete particolari, ecc.;
- dichiarazione di assunzione di responsabilità debitamente sottoscritta;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali sensibili;

Luogo e data

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_



Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ONLUS  
Sede Regionale Pugliese

Al Presidente  
Dell'I.Ri.Fo.R.ONLUS Sede Regionale Pugliese  
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'  
CAMPO ESTIVO RIABILITATIVO 2016**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ legale rappresentante del partecipante \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

\_\_\_\_\_ (*nome e cognome del partecipante*) a partecipare alle attività che saranno svolte durante il Campo estivo riabilitativo organizzato dall'I.Ri.Fo.R. ONLUS Sede Regionale Pugliese, che si svolgerà dal 25 giugno al 9 luglio 2016 presso il Villaggio "Toccaciolo" ( C.da Laccata sn, Nova Siri).  
Dichiara sin d'ora di tenere indenne, garantire e mallevare l'I.Ri.Fo.R. ONLUS Sede Regionale Pugliese da ogni e qualsiasi responsabilità per qualsiasi danno che \_\_\_\_\_ (*nome e cognome del partecipante*) dovesse arrecare a sé, a terzi e/o a strutture.

AUTORIZZA     NON AUTORIZZA

\_\_\_\_\_ (*nome e cognome del partecipante*) a partecipare alle uscite per visite didattiche con l'accompagnamento degli operatori, che potranno avvenire anche con l'utilizzo di mezzi dell'Istituto o della struttura ospitante.

AUTORIZZA     NON AUTORIZZA

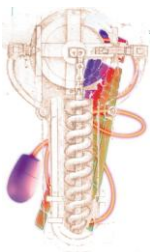
L'Istituto ad effettuare delle riprese, ovvero la creazione – diretta o indiretta – di immagini che ritraggono il partecipante nelle attività effettuate nelle diverse occasioni organizzate presso la struttura ospitante con media locali e/o nazionali fotografici e(o) televisivi su supporto digitale e su supporto fotografico. Le immagini così ritratte potranno essere utilizzate per i servizi fotografici che l'Istituto realizza in relazione alla propria comunicazione istituzionale e potranno essere combinate con testi e tecniche grafiche.

Luogo e data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_



I.Ri.Fo.R.

Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ONLUS  
Sede Regionale Pugliese

---

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ legale rappresentante del partecipante \_\_\_\_\_  
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole,  
in particolare, che il trattamento dei dati forniti potrà riguardare anche alcuni dati "sensibili" ex art.4 comma 1 lett. d),  
e art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati *"idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose,  
filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a  
carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita  
sessuale"*:

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa;
  - presta il suo consenso per la comunicazione dei dati a Enti terzi statali o privati quali: Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti, Pubbliche amministrazioni locali, Aziende sanitarie, strutture assistenziali per ciechi;
- L'autorizzazione è obbligatoria al fine dello svolgimento del servizio.

AUTORIZZA       NON AUTORIZZA

Luogo e data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_