

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 2017

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 24 giugno all'8 luglio 2017 presso il Villaggio "Toccacielo" (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

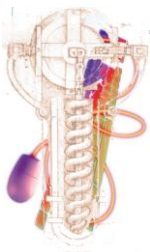
Allega alla presente:

- 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 sottoscritto;
- 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 2017**

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 24 giugno all'8 luglio 2017 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.

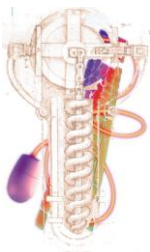
AUTORIZZA NON AUTORIZZA

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
