

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

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - CAMPO ESTIVO RIABILITATIVO 2018

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 23 giugno al 7 luglio 2018 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*)
oppure
- 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)
oppure
- 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

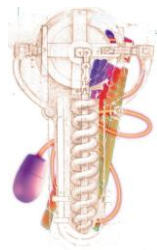
Allega alla presente:

- 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 ETS
Sede Regionale Pugliese

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

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'
CAMPO ESTIVO RIABILITATIVO 2018**

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. ETS Sede Regionale Pugliese, che si svolgerà dal 23 giugno al 7 luglio 2018 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. ETS 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.

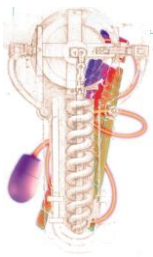
AUTORIZZA NON AUTORIZZA

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



Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ETS
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
