**ROTARY INTERNATIONAL**

**DISTRETTO 2060 ITALIA**

**VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA – TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL**

**PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE ALL’HAPPYCAMP**

**ALBARELLA** ***Lorenzo Naldini***

**10 – 17 maggio 2025**

FOTO   
**obbligatoria** anche per chi ha già partecipato

**DATI PARTECIPANTE**   
*(Tutti i dati sono obbligatori)*

Cognome………………………………..…………………. Nome ………………………………………………………….

C.F…………………………………………… email ……………………………………………………………………………….

Indirizzo…………………………..…………………………………………………………………………………………………..

CAP ……………….… Città …………………………………………………………… Provincia ...............   
Telefono …………..………….………….………

Data di nascita ………….....….. Luogo di nascita ……………………………….……………….... M  F 

Documento di identità (CI) n. ……………………………………………….

Rilasciato da ………………………………………… Valido fino al ……………………………………….

 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO PER LA PRIVACY**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LEGALE RAPPRESENTANTE del partecipante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Indirizzo |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residente |  |
| Tipo documento di identità |  |
| Numero documento |  |
| Rilasciato da |  |
| Scadenza |  |

**EMAIL:**

**TELEFONO:**

**DICHIARA** di aver acquisito e compreso e accettato 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI ACCOMPAGNATORE**

*(Tutti i dati sono obbligatori)*

Cognome……………………………….…………………. Nome………………………………………………………………

Data di nascita …………….………. Luogo di nascita ……………………………………………….. M  F 

Codice Fiscale ……………………………………………………. email…………………………………………………………

Residente a ……………………………………………... Via ………………………………………………………………………

CAP……………….… Città………………………………………………………….………. Prov…………………………………..

\* Grado di parentela……………………………………….……… Telefono cellulare……………………………………….

Documento di identità (C.I.) n. ..……….………………………………………………….

rilasciato da ……………………………………………………...……. Valido fino al ……….…………………………………

Eventuali intolleranze/allergie alimentari…………………………………………………………………………………..

\*oppure assistente, accompagnatore non professionale ecc.

Recapiti per il contatto in caso di necessità durante la permanenza

Tel. casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, **DICHIARA** di aver compreso e accettato che la **partecipazione** del richiedente e propria all’Happycamp Albarella si protrarrà per **l'intera settimana** e che **soggiornerà in abitazioni condivise** con altri partecipanti.

Il sottoscritto **DICHIARA** di aver compreso che il fornire informazioni dettagliate sulle specifiche necessità del partecipante e proprie è necessaria per l’organizzazione delle attività e delle sistemazioni.

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.

**Nome e Cognome 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 adeguate 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 alcune limitazioni nella fruibilità da parte di persone con disabilità**. È quindi molto importante fornire informazioni precise sulle specifiche esigenza di mobilità, e sulle specifiche problematiche fisiche e/o psicologiche anche nei confronti degli altri partecipanti. Si suggerisce l’utilizzo di carrozzine leggere ad ingombro ridotto.

Note:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si prega di indicare il numero di telefono fisso e mobile del Medico curante, che verrà contattato solo in caso di effettiva necessità durante lo svolgimento del periodo di soggiorno:**

**Tel. studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Timbro e firma del Medico Curante

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEO**

Il Sig./La Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in proprio e quale rappresentante legale del Sig./della Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, anche ai sensi degli artt. 10, 320 e 410 c.c. e degli artt. 96 e 97 Legge 633/1941 sul diritto d’autore, consapevole dei diritti ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (GDPR), a titolo gratuito, espressamente

**AUTORIZZA**

a) Rotary International Distretto 2060 e il personale incaricato dallo stesso a scattare fotografie e ad effettuare videoregistrazioni in occasione delle giornate del soggiorno denominato “Happycamp di Albarella -Lorenzo Naldini”, organizzato dal Rotary International Distretto 2060 che si svolgeranno presso l’isola di Albarella dal 10 al 17 maggio 2025;

b) La pubblicazione e/o diffusione delle videoregistrazioni e/o immagini proprie e della persona della quale ha la legale rappresentanza su siti web, blog e/o su supporti in formato cartaceo o digitale, social media, per finalità informative-divulgative e/o di promozione delle attività del Rotary;

c) L’eventuale conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici del Rotary International Distretto 2060 per un periodo massimo pari a dieci anni dalla data del soggiorno.

Riconosce che la partecipazione alle riprese video e/o fotografiche è completamente volontaria e che non riceverà alcuna forma di compenso economico in relazione all’ utilizzo di tale materiale.

La presente autorizzazione potrà essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione da inviarsi all’indirizzo del Rotary International Distretto 2060: *segreteria2024-2025@rotary2060.org* in forma scritta.

Data……………………… Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**: il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto da chi ha la legale rappresentanza del partecipante e anche dall’accompagnatore qualora sia persona diversa dal legale rappresentante