



**Rotary**

Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

**COMMISSIONE VILLA GREGORIANA**

**CAMP VILLA GREGORIANA "MAX PACHNER"**

INSIEME NEI VALORI DELLA SOLIDARIETA'

## PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AL CAMP

### Rotarycamp Villa Gregoriana - Auronzo di Cadore (BL)

**3 - 7 giugno 2025**

**(Tutti i dati sono obbligatori)**

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

Cognome.....Nome.....

M • F •

C.F.....

email.....

Indirizzo.....

CAP.....Città..... Prov.....

Telefono.....

Data di nascita .....

Luogo di nascita .....

Documento di identità (CI).....

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

Misura/Taglia S M L XL XXL

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 \_\_\_\_\_



**Rotary**  
Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

**COMMISSIONE VILLA GREGORIANA**



**PRIVACY**

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 ivi descritte.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente(\*)

(\*) nel caso di minore la richiesta deve essere sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale; nel caso di persona interdetta e/o non capace di intendere e volere, la richiesta deve essere sottoscritta dal Tutore; nel caso di persona sottoposta ad amministrazione di sostegno e/o persona con problemi cognitivi, la richiesta deve essere sottoscritta dall'amministratore di sostegno; utilizzando la parte seguente.

Modello di richiesta e rilascio del Consenso al trattamento dei dati personali per i minori  
Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Tipo Documento di Identità \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**CERTIFICA DI ESSERE:** ( barrare solo le voci di interesse)

**Genitore** del minore e di esercitare la **potestà genitoriale:**

congiuntamente all'altro genitore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**presente**  **assente**, ma è **INFORMATO** e **AUTORIZZA** a procedere;

**Genitore unico** in quanto:  vedovo/a  unico genitore che ha riconosciuto il minore

altro (specificare) \_\_\_\_\_

del minore:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_



# Rotary

Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

**COMMISSIONE VILLA GREGORIANA**



## 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 \_\_\_\_\_



Rotary

Distretto 2060



VENETO - FRIULI VENEZIA GIULIA - TRENTINO ALTO ADIGE / SÜDTIROL

COMMISSIONE VILLA GREGORIANA



## 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, psicointellettiva o se comprenda entrambe:

Indicare se e quale terapia vi sia in atto e se questa debba essere continuativa:

E' necessario che il Partecipante porti con sé **TUTTI I MEDICINALI indispensabili per TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA** (non sempre è possibile reperire il medicinale utile)

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?	[ ]	E' in grado di vestirsi autonomamente?	[ ]
Si muove solo con le stampelle?	[ ]	E' in grado di mangiare autonomamente?	[ ]
Cammina autonomamente?	[ ]	Ha problemi di parola?	[ ]
Cammina con aiuto?	[ ]	Ha problemi di vista?	[ ]
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 per la mobilità delle persone con disabilità** 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.**

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

**N° telefono del Medico curante:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante