

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - SOGGIORNO ABILITATIVO E RIABILITATIVO PER ADULTI DISABILI VISIVI CON MINORAZIONI AGGIUNTIVE 2020**

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 soggiorno abilitativo e riabilitativo per adulti disabili visivi con minorazioni aggiuntive che si terrà dal 20 al 30 agosto 2020 presso l'Hotel Acquario, sito alla via Giustino D'Uva, Lido Campomarino (CB). A tal fine, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il partecipante presenta minorazioni aggiuntive, come si evince dalla certificazione fornita in allegato;  
che il grado di autonomia da lui/lei raggiunto nel movimento e nella cura della propria persona non risulta sufficiente;

che il proprio medico di medicina generale è (indicare):

nome e cognome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ recapiti \_\_\_\_\_

di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente in ogni sua clausola

Allega alla presente:

1. fotocopia verbale di commissione medica (o altra certificazione medica equipollente) attestante lo status di non vedente o ipovedente;
2. certificazione attestante la minorazione aggiuntiva;
3. copia di un documento di riconoscimento valido di chi sottoscrive la domanda e del partecipante;
4. copia della tessera sanitaria del partecipante;
5. certificato medico di idoneità alla partecipazione al campo estivo, attestante, altresì eventuali terapie farmacologiche, allergie, diete particolari, ecc.;
6. dichiarazione di assunzione di responsabilità;
7. dichiarazione di impegno al versamento della quota di partecipazione

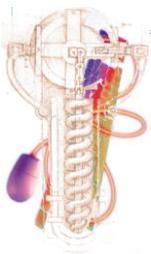
Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ legale rappresentante del partecipante \_\_\_\_\_  
autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda di partecipazione e relativi allegati in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma del legale rappresentante

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

\_\_\_\_\_



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

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' - SOGGIORNO ABILITATIVO E RIABILITATIVO PER ADULTI DISABILI VISIVI CON MINORAZIONI AGGIUNTIVE 2020**

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 soggiorno abilitativo e riabilitativo per adulti disabili visivi con minorazioni aggiuntive che si terrà dal 20 al 30 agosto 2020 presso l'Hotel Acquario, sito alla via Giustino D'Uva, Lido Campomarino (CB). 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

\_\_\_\_\_