

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - Soggiorno abilitativo e riabilitativo, rivolto ad utenti non vedenti e ipovedenti, con gravi/gravissime disabilità plurime, dal titolo "CON GLI ALTRI, IMPARO E MI DIVERTO"

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (__) il __ / __ / ____ residente in _____ (__)

c.a.p. _____, alla via _____ n. _____ tel. (numero di rete fissa) _____ e

cell. _____ E- mail: _____

legale rappresentante dell'utente _____

nato/a a _____ (__) il __ / __ / ____ residente in _____ (__)

c.a.p. _____, alla via _____ n. _____

CHIEDE

Che l'utente (nome e cognome) _____
possa partecipare al Soggiorno abilitativo e riabilitativo, rivolto ad utenti non vedenti e ipovedenti, con gravi/gravissime disabilità plurime, dal titolo "CON GLI ALTRI, IMPARO E MI DIVERTO" che si terrà dal 26/08/23 al 05/09/23, presso l'Hotel Acquario, alla Via Vanoni 300 - Campomarino (CB).

A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che l'utente è non vedente ipovedente (Legge 138/2001), come da certificazione/verbale allegato in copia;
- che l'utente presenta minorazioni aggiuntive, come si evince dalla certificazione/verbale allegato in copia;
- che l'utente necessita di costante aiuto nel movimento, nella gestione e nella cura della propria persona;
- che il proprio medico di medicina generale è il Dr.:
nome e cognome _____
sede dello studio (Paese/ Provincia) _____ recapiti _____

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì:

- di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente in ogni sua clausola;
- di impegnarsi a versare, entro il 05/07/2023, sul conto corrente intestato all'I.Ri.Fo.R. Puglia (IBAN:IT90L010300400000004533344), la somma di euro 800,00 (ottocento/00), per la partecipazione dell'utente all'iniziativa di cui trattasi.

Allega alla presente:

1. fotocopia della tessera di iscrizione all'UICI ETS;
2. fotocopia verbale di commissione medica (o altra certificazione medica equipollente) attestante la condizione di non vedente o ipovedente;
3. fotocopia della certificazione/verbale attestante la disabilità aggiuntiva;
4. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, di chi sottoscrive la domanda e dell'utente;
5. fotocopia della tessera sanitaria dell'utente;
6. certificato medico di idoneità alla partecipazione al Soggiorno, attestante eventuali terapie farmacologiche e posologia di somministrazione, possibili situazioni e/o patologie che richiedono interventi particolari e tempestivi, intolleranze alimentari, allergie, diete particolari, altro;
7. ricevuta del versamento della quota di partecipazione;
8. dichiarazione di assunzione di responsabilità;

Il/La sottoscritto/a _____ legale rappresentante dell'utente _____

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. Sede Regionale Pugliese
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' - Soggiorno abilitativo e riabilitativo, rivolto ad utenti non vedenti e ipovedenti, con gravi/gravissime disabilità plurime, dal titolo "CON GLI ALTRI, IMPARO E MI DIVERTO"

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (__) il __ / __ / ____ residente in _____ (__)

c.a.p. _____, alla via _____ n. ____ tel. / cell. _____

E- mail: _____

legale rappresentante dell'utente _____

nato/a a _____ (__) il __ / __ / ____ residente in _____ (__)

c.a.p. _____, alla via _____ n. _____

AUTORIZZA

_____ (*nome e cognome dell'utente*) a partecipare alle attività che saranno svolte durante il Soggiorno abilitativo e riabilitativo, rivolto ad utenti non vedenti e ipovedenti, con gravi/gravissime disabilità plurime, dal titolo "CON GLI ALTRI, IMPARO E MI DIVERTO" che si terrà dal 26/08/23 al 05/09/23, presso l'Hotel Acquario, alla Via Vanoni 300 - Campomarino (CB), con eventuali escursioni in altre località. Dichiaro sin d'ora di tenere indenne, garantire e manlevare l'I.Ri.Fo.R. Sede Regionale Pugliese da ogni e qualsiasi responsabilità per qualsiasi danno che _____ (*nome e cognome dell'utente*) dovesse arrecare a sé, a terzi e/o a strutture.

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

L'Istituto ad effettuare riprese fotografiche e audio-video, per la creazione di filmati e/o per riprese televisive da parte dei media locali e nazionali, relative alle attività svolte durante l'iniziativa.

Luogo e data

Firma del legale rappresentante
