



**Azione Cattolica Italiana**  
DIOCESI DI MASSA M.MA-PIOMBINO  
SETTORE GIOVANI

**MODULO DI ISCRIZIONE AL **MINI-CAMPO PRIMAVERILE GIOVANI e GIOVANISSIMI****

GIOVANISSIMO(14-18 anni)     GIOVANE (19-30 anni)

NOME ..... COGNOME .....

TEL. .... SESSO  F  M

NATO/A IL    /    /    A .....

RESIDENZA (Via, n°, CAP, Comune).....

NOME DEL PARROCO O DELL'EDUCATORE DI RIFERIMENTO .....

PARROCCHIA .....

TELEFONO ..... E-MAIL .....

TELEFONO CELLULARE PERSONALE .....

TELEFONO CELLULARE GENITORI .....

ADERENTE ALL'AC NEL 2015?     SI     NO

*Se la risposta è no, compilare e firmare l'informativa per il trattamento dei dati personali e allegarla al modulo di iscrizione.*

PARTENZA DA  PIOMBINO (porto)     MASSA MARITTIMA     SAN VINCENZO

NOTE .....

FIRMA (nel caso di minore firma del genitore) .....

**AUTORIZZAZIONI:**

Io sottoscritto/a : (nel caso di minore indicare i dati del genitore) .....

Nato/a il    /    /    a .....

Residente a .....

CF .....

Autorizza     Non autorizza

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 CC e degli artt. 96 e 97 L. 22.4.1941, n. 633, l'Azione Cattolica di Massa M.ma-Piombino con sede legale in Piombino, via Del Prato, 3 alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle fotografie/video ritraenti il sopraccitato partecipante su carta stampata, riviste, sito internet dell'Associazione e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione degli stessi negli archivi informatici. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine e video in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del suddetto e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati e potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare alla segreteria diocesana di Azione Cattolica di Massa M.ma-Piombino con sede in Via Del Prato, 3 – 57025 Piombino. Con questa liberatoria, l'AC di Massa M.ma-Piombino è esonerata da ogni responsabilità diretta o indiretta per ogni eventuale danno derivante al partecipante sopraindicato; il sottoscritto, sia in proprio che nella qualità come sopra, conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Data    /    /    .....    FIRMA .....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 (solo per i minorenni) :

Autorizza     Non autorizza

il minore/la minorenni sopraindicato/a a partecipare a tutte le attività previste dal programma del Campi Scuola, ivi comprese le eventuali uscite ed escursioni al di fuori della struttura residenziale esonerando L'Azione Cattolica di Massa M.ma- Piombino da ogni responsabilità per danni che il minore possa arrecare a sé stesso o alle proprie cose mediante condotte imprudenti ovvero poste in essere in violazione delle istruzioni e delle regole impartite dagli accompagnatori, fermo restando l'obbligo di vigilanza degli stessi e l'applicazione dell'art. 2048 cod. civ. per la responsabilità civile derivante da danni arrecati a terzi dal minore, ad ESCLUSIONE delle seguenti attività (barrare se non necessario):

Data    /    /    .....    FIRMA DEL GENITORE .....

## QUOTE

La quota di partecipazione è di 50€ (più supplemento obbligatorio di 20€ per i non iscritti all'Azione Cattolica nell'anno 2015 per fini assicurativi) da pagare con bonifico bancario **entro il 01/04/2015** alle seguenti coordinate:

**IBAN:** IT95N0616067684510702036220

**INTESTATO A:** Ass.ne diocesana di Azione Cattolica Massa M.ma-Piombino

**CAUSALE :** Quota minicampo primaverile 2015 -(cognome del partecipante)

**L'iscrizione si intende effettuata dal momento che il bonifico viene ricevuto. In caso di disdetta entro 15 giorni antecedenti la data della partenza la quota sarà interamente restituita. Nel caso in cui la disdetta avvenga successivamente la quota verrà restituita qualora ce ne sia la possibilità (comunque dopo lo svolgimento del campo).**

**La quota complessiva è indivisibile e pertanto non si effettuano riduzioni per chi arriva dopo l'inizio del campo o parte prima della fine.**

### D.Lgs 196/2003 Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento;
3. c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
4. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) L'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) La cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
5. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.
6. Gli iscritti all'Azione Cattolica Italiana hanno la precedenza sui non iscritti.
7. Ciascun partecipante, come dichiarato e sottoscritto dai genitori nel modulo di iscrizione, sarà tenuto a rispettare scrupolosamente le regole del Campo Scuola. Non saranno tollerati atti di vandalismo. Chi provocherà danni agli arredi, alle suppellettili, alla biancheria della casa, sarà tenuto a risarcimento.
8. Eventuali terapie mediche in corso al momento della partecipazione al Campo Scuola dovranno essere comunicate per iscritto indicando dosaggi e modalità di somministrazione, oltre a fornire i medicinali necessari. I/le ragazzi/e non sono autorizzati a somministrarsi da soli medicinali in loro possesso, ma lo saranno solamente con la vigilanza dei responsabili. Per eventuali emergenze sanitarie i genitori verranno contattati tempestivamente dai responsabili del Campo Scuola. L'Azione Cattolica si riserva di valutare le condizioni cliniche e le patologie in corso degli/le iscritti/e ai Campi Scuola e nel caso queste non fossero compatibili con la permanenza all'interno del Campo si riserva l'eventuale esclusione dei/le ragazzi/e.
9. Si ricorda che l'Azione Cattolica e tutti i suoi collaboratori non sono responsabili del deterioramento e/o dello smarrimento di beni di uso personale dei/le ragazzi/e.
10. Per ulteriori informazioni e il reperimento della modulistica, potete visitare il sito Internet <http://www.acmassapiombino.org/> oppure potete rivolgervi direttamente presso la sede dell'Azione Cattolica Italiana.

FIRMA .....

## SCHEDA MEDICA *scrivere chiaro in stampatello*

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ Fattore Rh \_\_\_\_\_ N° tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Ha sofferto di patologie gravi in passato? NO SI Quale? \_\_\_\_\_

*Barrare SI o NO*

Ha subito interventi chirurgici? NO SI Quali e quando? \_\_\_\_\_

È portatore di patologie croniche? NO SI Quali? \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_ Diabete \_\_\_\_\_ Disturbi cardiaci \_\_\_\_\_ Svenimenti \_\_\_\_\_ Convulsioni \_\_\_\_\_

Allergia a \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

È attualmente sotto cura medica? NO SI (Motivi, da quando) \_\_\_\_\_

Soffre di qualche disturbo abitualmente? NO SI Quale? (emicrania, mal di pancia...)

\_\_\_\_\_ Quali farmaci eventualmente assume? \_\_\_\_\_

Il ragazzo durante il camposcuola dovrà assumere medicinali? NO SI Quali?

Farmaco: \_\_\_\_\_ Dosaggio: \_\_\_\_\_

Per forme influenzali quali farmaci assume? \_\_\_\_\_

Ha mai presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri (Antitetanico, antiofidico, ecc)

NO SI (Che sintomo? Che tipo di siero? Quando?)

È intollerante o allergico a qualche farmaco o alimento? \_\_\_\_\_

Deve seguire diete particolari? \_\_\_\_\_

*In caso di malattie croniche, particolari allergie o terapie mediche da proseguirsi durante il soggiorno occorre allegare la certificazione medica con le indicazioni del caso.*

**N.B.** Vi chiediamo di contattare direttamente i referenti del campo per segnalare condizioni o situazioni particolari (handicap fisici, medici, psichici, problemi familiari, disturbi di comportamento,...) che si ritiene opportuno far conoscere agli educatori. Si potrà così consentire un miglior inserimento del ragazzo stesso ed evitare disagi o imprevisti agli altri partecipanti al campo. Il numero telefonico dei referenti del campo può essere rintracciato sulla scheda "notizie utili" consegnata al momento dell'iscrizione.

Per i minorenni:

**Io** \_\_\_\_\_ **sottoscritto** \_\_\_\_\_ **genitore**  
**di** \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

eventuale altro recapito: località \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Consapevole che saranno prese tutte le precauzione, consento che mio/a figlio/a prenda parte a tutte le attività previste per il campo.

Autorizzo la direzione del campo alle decisioni del caso (ricovero ospedaliero in caso di urgenza o intervento chirurgico necessario su decisione di medici qualificati) per necessità gravi che dovessero sopravvenire.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_