



**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE - SOGGIORNI ESTIVI
DA INVIARE TRAMITE WEBSANITARIA NELLO SPECIFICO SPAZIO DEDICATO
OPPURE MEDIANTE RACCOMANDATA A/R IMPROROGABILMENTE ENTRO
E NON OLTRE IL 30 APRILE p.v. al seguente indirizzo:
FISDE- Via Nizza 152 - 00198 ROMA Area D**

Il sottoscritto _____

preso atto delle Linee Guida per la partecipazione dei disabili ai soggiorni estivi 2018

chiede la partecipazione di _____

Indirizzo e-mail _____

Cellulare -----

al soggiorno di (indicare una sola località)

LOCALITA':

PERIODO :

L'area tematica di interesse è : CULTURALE SOCIALE CREATIVA
(indicare con una crocetta l'area tematica prescelta)

Si impegna a presentare, direttamente alla Cooperativa incaricata alla gestione del soggiorno del proprio familiare, almeno 15 giorni prima dell'inizio del soggiorno assegnato, il modulo della certificazione sanitaria predisposto da FISDE compilato dal medico curante .

Luogo e data

FIRMA DEL PARTECIPANTE
(se maggiorenne)

FIRMA SOCIO RICHIEDENTE/TUTORE

Consenso al trattamento ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Preso atto dell'informativa in tema di Privacy (presente anche sul sito internet del FISDE) il sottoscritto esprime il proprio consenso a FISDE, ai Consulenti FISDE, alle Aziende interessate alla organizzazione e realizzazione dei soggiorni estivi disabili, affinché gli stessi soggetti possano trattare, anche con sistemi informatici, i propri dati personali e sensibili secondo le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Dichiaro, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

Luogo e data

FIRMA DEL PARTECIPANTE
(se maggiorenne)

FIRMA SOCIO RICHIEDENTE/TUTORE