

in collaborazione con



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO
DIPARTIMENTO
DELLA FORMAZIONE

river_equipe



Comune di Bresimo



Castelbasso



ANASTASIS

**Modulo di richiesta di partecipazione al
6° “Digital Summer Adventure 2.0”
Learning Resort Castelbasso, Bresimo (TN) 13 – 18 luglio 2015**

**Al Coordinatore del corso
dott. Emil Girardi**

Dati del/la ragazzo/a:

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Classe frequentata _____

Data di nascita _____

E-mail _____

Insegnante di sostegno: sì no

Diagnosi: Dislessia sì no; Disortografia sì no; Disgrafia sì no; Discalculia sì no;

Diagnosi effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

In data: _____

Velocità di lettura (se conosciuta) sillabe/secondi ultima valutazione (batteria Sartori, Job, Tressoldi, prova 4-5): _____

Correttezza di lettura: (se conosciuta) _____

Notizie riguardo al/la ragazzo/a:

il/la ragazzo/a possiede il computer: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede lo scanner: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software ePico!: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Carlo Mobile pro: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Personal Reader: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Alfa Reader: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Superquaderno: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Supermappe: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa altro software compensativo: a casa sì no; a scuola sì no

Indicare quale software _____

il/la ragazzo/a ha la possibilità di connettersi a internet: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a utilizza altri strumenti compensativi a scuola: sì no

ha già partecipato ad altri Campus: sì no

se sì con chi, quando e dove: _____

ha già partecipato a dei laboratori o corsi: sì no

se sì con chi, quando e dove: _____

quali sono i suoi interessi/hobbies? _____

quali sono le attività che preferisce? _____

quali attività sa fare bene? _____

Competenze informatiche del/la ragazzo/a:

sa usare il computer: sì no in parte

sa usare lo scanner: sì no in parte

frequenza d'uso degli strumenti: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica; mai

DEL GENITORE

(ATTENZIONE: compilare in maniera leggibile!)
(dati necessari per il contatto e l'intestazione della fattura)

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

e-mail: _____

numero di telefono: _____ cellulare: _____

Notizie riguardo ai genitori (dare le informazioni di chi segue il figlio/a):

sa usare il computer: no poco lo uso quotidianamente;

sa usare un software compensativo: sì no; quale? _____

sa usare lo scanner: sì no;

DISPONIBILE A INTERAGIRE VIA MAIL DURANTE IL PERIODO DEL CAMPUS: sì no;

uno dei due genitori ha già partecipato ad un corso simile: sì no,

se sì con chi, quando e dove: _____

Data: _____

Firma

INFORMATIVA SULLA PRIVACY
“Digital Summer Adventure”
Learning Resort Castelbasso, Bresimo (TN)
da compilare e consegnare insieme alla domanda di partecipazione

INFORMATIVA

La informiamo ai sensi dell'art.10 della Legge 31.12.1996 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali " che i dati personali da Lei forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la attività di questo progetto.

In particolare tali dati potranno essere raccolti su supporto cartaceo o registrati su supporti elettronici ed elaborati solo ed esclusivamente in rapporto all'attività del progetto. Il conferimento dei dati personali è facoltativo. In relazione al trattamento dei suoi dati personali Ella potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della Legge 675/96.

CONSENSO

In relazione all'informativa che mi avete fornito, esprimo il consenso previsto dagli artt. 11 e 20 della Legge 675/96 al trattamento dei miei dati personali per le finalità, anche con modalità elettroniche e/o automatizzate.

Analogamente esprimo il consenso a fornirvi dati personali da ritenersi sensibili in base agli art. 22, 23, 24 Legge 675/96, al loro trattamento.

Titolare dei dati è Canalescuola Coop. Soc. ONLUS via Wolkenstein 6, 39100 Bolzano IT info@canalescuola.it

DICHIARA DI AUTORIZZARE

Canalescuola alla realizzazione di fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenente l'immagine propria o del/la minore proprio/a figlio/a in riferimento alla partecipazione dell'attività educativa e didattica realizzata dagli operatori di Canalescuola e all'utilizzazione e diffusione dell'immagine per la realizzazione di prodotti audio-video, multimediali anche diffusi tramite i canali internet di Canalescuola. Dichiaro inoltre di non pretendere nulla in termini di compenso per la ripresa, l'utilizzazione in tutto o in parte e la diffusione di tale immagine.

Titolare dei dati è Canalescuola Coop. Soc. ONLUS via Wolkenstein 6, 39100 Bolzano IT info@canalescuola.it

In Fede

Data _____

Firma _____

N.B. per la richiesta di partecipazione al Campus

Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti obbligatoriamente, in STAMPATO MAIUSCOLO. Nel caso di risposte a scelta multipla è necessario segnare una risposta.

È obbligatorio allegare il modulo della Privacy firmato, la relazione dell'ultima valutazione o della diagnosi.

È richiesta la consegna degli originali dell'iscrizione al momento del check-in il primo giorno all'arrivo al Campus.

Il presente modulo, il modulo della privacy firmato e la relazione dell'ultima valutazione o della diagnosi devono essere spediti con oggetto "richiesta di partecipazione al Digital Summer Adventure 2015":

- tramite compilazione dell'apposito form online (se disponibile)
- tramite posta elettronica all'indirizzo info@canalescuola.it
- a mano o tramite posta ordinaria Canalescuola Coop. Soc. ONLUS, Via Wolkenstein 6 – 39100 Bolzano
- tramite fax 0471/979580
- presso i laboratori "Aiutami a fare da solo" loro sedi territoriali

Le richieste dovranno pervenire entro il **31 maggio 2015**; saranno esaminate dallo staff e selezionate secondo criteri prestabiliti al fine di avere un gruppo omogeneo per età, difficoltà e severità del disturbo.

Entro **10 giorni** verrà data comunicazione di accettazione o non accettazione tramite posta elettronica.

Il pagamento della quota di partecipazione può essere saldato tramite bonifico bancario dopo la ricezione della conferma d'iscrizione, in ogni caso entro e non oltre il 20 giugno 2015.

Conferma di partecipazione è data dal versamento della quota d'iscrizione al corso.

ATTENZIONE:

Nel bonifico bancario indicare la causale "Campus DSA, indicare tassativamente il codice partecipante che verrà rilasciato da Canalescuola al momento della conferma d'iscrizione".

Coordinate bancarie per il pagamento della quota di partecipazione:

Canalescuola Coop. Soc. ONLUS

Cassa di risparmio, filiale Dodiciville

CIN A

ABI 06045

CAB 11613

C/C 000005000878

IBAN: IT74 A 06045 11613 000005000878

Per informazioni rivolgersi a

Canalescuola 0471979580

Emil Girardi 3287248537

E-mail: info@canalescuola.it