

Modulo di richiesta di partecipazione ai “DIGITAL SUMMER ADVENTURE” estate 2017

campus estivi per bambini e ragazzi con DSA, dislessia e BES

Learning Resort Castelbasso | Bresimo | Trentino

Al Coordinatore dei Campus
dott. Emil Girardi

Indicare il Campus a cui si intende iscrivere il/la proprio/a figlio/a

- 7° “Digital Summer Adventure” INGLESE | 26 giugno – 1 luglio 2017
per ragazzi/e della scuola secondaria
- 16° “Digital Summer Adventure” bambini | 3 – 8 luglio 2017
per bambini/e e ragazzi/e dai 9-12 anni
- 9° “Digital Summer Adventure” adolescenti | 10 – 15 luglio 2017
per ragazzi/e dai 13-17 anni
- 8° “Digital Summer Adventure” 2.0 | 17 – 22 luglio 2017
per chi ha già fatto un campus o un laboratorio

Dati del/la bambino/a - ragazzo/a

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Classe frequentata _____ Scuola frequentata _____

Insegnante di sostegno: sì no

Allego la diagnosi di DSA alla domanda d'iscrizione

Notizie riguardo al/la bambino/a - ragazzo/a

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

Altro: _____

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

utilizza un software con sintesi vocale: a casa sì no; a scuola sì no

se sì quale: _____

utilizza software per costruire mappe concettuali: a casa sì no; a scuola sì no

se sì quale: _____

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 attività sa fare bene? _____

Ulteriori dati obbligatori riguardanti il/la ragazzo/a

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande per:

1. informarla, ed ottenere la Sua assicurazione, che Suo/a figlio/a si atterrà ai nostri regolamenti per tutta la durata del corso,
2. per ottenere la Sua autorizzazione ad agire per conto di Suo/a figlio/a, in ogni momento della giornata e soprattutto in caso di necessità.

A. Informazioni mediche: attività che suo/a figlio/a non può svolgere per problemi di salute

B. Eventuali allergie (ambientali, alimentari, incluse allergie a medicinali):

C. Suo/a figlio/a deve assumere dei medicinali? sì no

In caso affermativo indicare in un modulo separato l'attuale condizione fisica di suo figlio/a, il tipo di medicinale da assumere, il dosaggio e la frequenza giornaliera dell'assunzione – indicare se autonoma – e la prescrizione del medico.

D. Si è assicurato che la tessera sanitaria, che verrà consegnata al Responsabile di Canalescuola al momento dell'arrivo al campus, sia in corso di validità? sì no

Si prega di acconsentire a quanto sopra citato e di autorizzare i formatori di Canalescuola Coop. Soc. onlus ad agire per conto di Suo/a figlio/a.

Il sottoscritto genitore, autorizzo Canalescuola Coop. Soc. onlus, che agisce in qualità di "in loco parentis" per mio/a figlio/a durante il Campus, a procurare e/o autorizzare trattamenti medici per mio/a figlio/a in caso di necessità.

Data: _____

Firma _____

DATI DEL GENITORE

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

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____
È necessario allegare copia del codice fiscale

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

e-mail: _____

numero di telefono: _____ cellulare: _____

In caso di emergenza, contattare (nome persona) _____

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

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"

da compilare e consegnare insieme alla domanda di partecipazione

INFORMATIVA

AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" PER INTERVENTI CON MINORI

La informiamo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali che emergeranno nel corso dell'intervento formativo saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione delle prestazioni professionali strettamente inerenti l'attività e per potere adempiere ai conseguenti obblighi legali. I suddetti trattamenti potranno essere eseguiti utilizzando supporti cartacei e/o informatici anche ad opera di terzi; in ogni caso il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. L'acquisizione dei dati personali di Vostro/a figlio/a, anche di quelli eventualmente idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni, o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale, nonché di quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere soggetto di trattamento solo con il Vostro consenso scritto.

Precisiamo che rifiutando tale consenso non saremo in grado di svolgere l'opera professionale e che pertanto rinunceremo all'incarico conferito. I dati personali "sensibili" non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno da noi trattati limitatamente al perseguimento degli scopi di cui all'incarico professionale conferito. Potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del sopra citato D.Lgs. - *Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.*

CONSENSO

preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in qualità di genitore – responsabile legale esprimo il consenso al trattamento dei dati sensibili di mio/a figlio/a minore per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito a:

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. Dichiara 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.

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

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 Campus DSA 2017":

- tramite posta elettronica campus@canalescuola.it oppure canalescuola@pec.it
- a mano o tramite posta ordinaria Canalescuola Coop. Soc. ONLUS, Via Wolkenstein 6 – 39100 Bolzano
- tramite fax 0471/089811
- presso i laboratori "Aiutami a fare da solo" loro sedi territoriali

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



| |
|--|
| Le richieste dovranno pervenire entro il 31 maggio 2017 |
|--|

Le domande di partecipazione 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** dalla chiusura delle iscrizioni verrà data comunicazione di accettazione o non accettazione tramite posta elettronica.

Il pagamento della quota di partecipazione può essere saldato tramite bonifico bancario nei termini che verranno indicati per e-mail dal responsabile del corso, in ogni caso entro e non oltre il 20 giugno 2017.

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

ATTENZIONE:

Nella causale del bonifico bancario indicare tassativamente "Campus DSA + 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: campus@canalescuola.it