

**Modulo di richiesta di partecipazione al
1° “Adventure During Happy Days”
Castelbasso, Bresimo (TN) 23- 28 luglio 2012**

CON IL PATROCINIO DI



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

Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività

Dati del/la ragazzo/a:

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Classe frequentata _____

Data di nascita _____

E-mail _____

Insegnante di sostegno: sì no

Diagnosi: ADHD sì no; DSA sì no; altro _____

Diagnosi effettuata presso: _____

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

In data: _____

Notizie riguardo al/la ragazzo/a:

Il/la ragazzo/a è autonomo/a nella cura della propria persona? sì no

Il/la ragazzo/a soffre di problemi durante il sonno? sì no

Il/la ragazzo/a segue una terapia farmacologica? sì no

Se sì, quale/i farmaco/i utilizza? _____

Livello di autostima e motivazione? _____

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

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

Dati 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;

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
“Adventure During Happy Days”
Castelbasso, Bresimo (TN) 2012

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 Soc. Coop. 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.

Il presente modulo, il modulo della privacy firmato, la relazione dell'ultima valutazione o della diagnosi devono essere spediti con oggetto "richiesta di partecipazione al Campus ADHD 2012":

- tramite posta elettronica all'indirizzo info@canalescuola.it.
- tramite posta ordinaria Canalescuola Soc. Coop., Via Wolkenstein, 6 – 39100 Bolzano
- tramite fax 0471/979580

Le richieste dovranno pervenire entro il **1 luglio 2012**; 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, **entro il 20 luglio è richiesto il versamento della quota d'iscrizione.**

Coordinate bancarie per il pagamento della quota di partecipazione:

Canalescuola Soc. Coop.

Cassa di risparmio, filiale Dodiciville

CIN A

ABI 06045

CAB 11613

C/C 000005000878

IBAN: IT74 A 06045 11613 000005000878

Per informazioni rivolgersi a Emil Girardi, www.canalescuola.it, telefono 0471979580, cell. 328 7248537, oppure scrivere a info@canalescuola.it