

in collaborazione con



**Modulo di richiesta di partecipazione al
2° “Digital Summer Adventure” per adolescenti
Castelbasso, Bresimo (TN) 12 - 17 luglio 2010**

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

Dati del/la ragazzo/a:

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Classe frequentata _____

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 sillabe/secondi ultima valutazione (batteria Sartori, Job, Tressoldi, prova 4-5): _____

Correttezza di lettura: _____

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 Carlo II: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a usa il software Carlo Mobile: 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

Dati del genitore (ATTENZIONE: compilare in maniera leggibile):

(dati necessari per il contatto e l'intestazione della fattura)

Nome _____ Cognome _____

Socio OS Dislessia sì no Socio A.I.D. sì no

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 programmi di videoscrittura: sì no;

sa usare il software Carlo II: sì no;

sa usare il software Carlo Mobile: sì no;

sa usare il software Superquaderno: sì no;

sa usare il software Supermappe: sì no;

sa usare altro software compensativo: sì no;

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”
Castelbasso, Bresimo (TN) 2010
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 Digital Summer Adventure 2010":

tramite posta elettronica all'indirizzo info@canalescuola.it.

tramite posta ordinaria Canalescuola Soc. Coop., Via Wolkenstein, 6 – 39100 Bolzano

tramite fax 0471/979580 - www.canalescuola.it

Le richieste dovranno pervenire entro il **22 maggio 2010**; saranno esaminate dallo staff e selezionate secondo criteri prestabiliti al fine di avere un gruppo omogeneo per età, difficoltà e severità del disturbo.

Entro il **31 maggio** verrà data comunicazione di accettazione o non accettazione tramite posta elettronica, **entro il 12 giugno 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