



**All'Ufficio di Piano del Distretto Pianura Est
c/o Unione Reno Galliera
Via Pescerelli n. 47
40018 San Pietro in Casale (Bo)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI CAMPI DI VOLONTARIATO SUI TERRENI
CONFISCATI ALLE MAFIE**

Io sottoscritto/a: _____

CHIEDO

di poter partecipare al campo di lavoro di Isola Capo Rizzuto (Calabria) secondo le modalità descritte nel bando di selezione.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 76 del predetto D.P.R. n. 445/2000, sotto la mia responsabilità

DICHIARO:

1. Dati anagrafici:

Luogo di nascita	
Data di nascita	
Nazionalità	
C.F.	
Indirizzo	
Comune di residenza	
Tel cellulare personale	
E-mail personale	
Altri recapiti:	tel. cellulare genitore/i: e-mail:

2. Formazione scolastica e/o formazione professionale (durata e date).

3. Precedente partecipazione ad un campo di lavoro sui terreni confiscati alle mafie:

3.1. nell'ambito di precedenti edizioni del medesimo bando sì no

3.2. in autonomia/nell'ambito di altre iniziative di gruppo sì no

SCHEDA MOTIVAZIONALE

1. Descrivi le eventuali esperienze di volontariato avute

2. Descrivi le motivazioni che ti spingono a partecipare a questo viaggio

3. Descrivi quello che ti aspetti o che speri di trarre da questa esperienza

4. Descrivi le occasioni in cui ti è capitato di fare esperienze di gruppo

5. Hai fatto esperienze di viaggio "particolari" es: viaggi di gruppo, viaggi di volontariato, partecipazione a scambi giovanili, ecc?

Illustra brevemente come pensi di poter divulgare al ritorno l'esperienza che avrai fatto

(Data)

(Firma volontario)

AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE CAMPO DI LAVORO NEI TERRENI CONFISCATI ALLE MAFIE

Io sottoscritto.....

nato a.....il.....

C.F.

Io sottoscritta.....

nata a.....il.....

C.F.

Genitore/i/esercitante/i la potestà genitoriale

di

Nata/o a.....il.....

C.F.

Autorizzo/iamo

cognome nome a partecipare al Campo di lavoro nei terreni confiscati alle mafie che si terrà dal 22 al 28 luglio 2019 (con partenza da Bologna il 21 luglio e ritorno a Bologna il 29 luglio 2019) a Isola Capo Rizzuto e promosso dal Distretto Pianura Est nell'ambito del progetto sovradistrettuale "Le vie legali" finanziato ai sensi della L.R. 14/2008.

Data,

Firma

Allegare: copia del documento di identità e del codice fiscale di tutti i firmatari

**LIBERATORIA PER LA PARTECIPAZIONE DI MINORENNI
AI CAMPI “E!STATE LIBERI 2019”**

Con la presente, io sottoscritto _____, in qualità di tutore legale di _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via _____, in qualità di tutore legale esercente la patria potestà, dichiara di essere a conoscenza della partecipazione del/della minore al campo di impegno e formazione “E!State Liberi 2019” sui beni confiscati alle mafie per il periodo che va dal 22/07/2019 al 28/07/2019 presso il campo di Isola Capo Rizzuto.

Con la presente solleviamo “Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie” da qualsiasi responsabilità per fatto o colpa e per danni arrecati a se stesso o a terzi durante l'esercizio delle attività inerenti la partecipazione del/della minore al campo di volontariato e formazione “E!State Liberi”.

Luogo _____, lì _____

In fede
FIRMA

La mancata consegna dei documenti preclude la possibilità di partecipazione al campo per il/la minore.

Scheda di autocertificazione della condizione medico sanitaria del partecipante

Nome e Cognome del partecipante: _____

Località campo scelto: _____

Periodo campo scelto: _____

Dieta

Hai bisogno di una dieta particolare?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica	
Ci sono cibi che non puoi mangiare?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica	

Allergie

Hai allergie a:

Cibo	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Punture di insetto	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Medicinali	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Altro	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica il contenuto:

Medicinali

Che medicinali dovrebbero esserti somministrati in caso di reazione allergica?	
--	--

Cure

Segui una cura medica? Specifica il tipo di farmaco che assumi e con che frequenza.*	
--	--

*Ricorda di portare le dosi necessarie per tutta la durata del campo

Bisogni specifici

Hai bisogni specifici o necessiti di un supporto specifico	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica:	

Storia medica

Hai problemi medico/sanitari ricorrenti o condizioni di salute croniche?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Disordini alimentari	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Eemicrania
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Disordini ormonali	<input type="checkbox"/> Disturbi psicotici	<input type="checkbox"/> Limitazioni alla mobilità
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Disabilità nell'apprendimento	<input type="checkbox"/> Problemi motori
<input type="checkbox"/> Malattie autoimmunitarie	<input type="checkbox"/> Problemi legati alla tiroide	<input type="checkbox"/> Disturbi mentali	<input type="checkbox"/> Problemi neurologici
<input type="checkbox"/> Problemi cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Attacchi di panico	<input type="checkbox"/> Disturbi epilettici	<input type="checkbox"/> Problemi gastrointestinali
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Problemi di udito

Soffri o hai sofferto dipendenze da alcol o droga	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica:	

Gruppo sanguigno	
------------------	--

Dichiaro che tutte le informazioni rilasciate sono vere, accurate e complete, e comunicherò ai referenti del campo ogni cambiamento rilevante rispetto a quanto dichiarato. Sono cosciente che l'incompletezza o la falsità delle informazioni dichiarate, potrebbe intaccare l'esperienza sul campo ed in alcuni casi determinare l'interruzione forzata della stessa.

Firma del partecipante se maggiorenne o del genitore/tutore legale in caso di non compimento della maggior età alla data di inizio del campo

Luogo e data
