



**Domanda di partecipazione per i Membri dell'Ordine, Volontari e Giovani Aiutanti  
(per i Minori, la domanda deve essere compilata dal genitore/i esercente/i la patria potestà, o dal Tutore  
o Amministratore di Sostegno)**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PELLEGRINAGGIO DI  Lourdes del.....  
 Loreto del.....  
 Cappellano     Medico     Farmacista     Infermiere  
 Sorella         Barelliere     Aiutante         Accompagnatore

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento identità (tipo e numero) \_\_\_\_\_  
- rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
- scadenza \_\_\_\_\_

Titolo (Accademico, Nobiliare) \_\_\_\_\_

Cognome di nascita (per le Signore) \_\_\_\_\_

Posizione nell'Ordine (indicare il grado nell'Ordine: Cavaliere, Dama, Donato; ovvero decorato di Croce al Merito, Medaglia d'Argento, Medaglia di Benemerenzza) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Diplomi ospedalieri \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

Lingue conosciute e livello (corrente; buono; discreto; principiante) \_\_\_\_\_

Precedenti Pellegrinaggi con Ammalati:  
- SMOM a Loreto (numero)  o altra Organizzazione  (indicare quale) \_\_\_\_\_  
- SMOM a Lourdes (numero)  o altra Organizzazione  (indicare quale) \_\_\_\_\_

Servizi ai quali desidera essere assegnato (richiesta non vincolante) \_\_\_\_\_

Servizi dei quali ha esperienza \_\_\_\_\_

Disponibilità per turni di notte\*      si       no

\*(chi desidera prestare servizio in Sala è tenuto a dare la propria disponibilità per turni di notte)



**Sistemazione in struttura ricettiva**

Il sottoscritto desidera alloggiare in Hotel\*:

- Categ. A  Categ. B
- in camera con \_\_\_\_\_
- in camera singola (se disponibile)

\* Le preferenze espresse non sono vincolanti per la Direzione

**Viaggio**

Il sottoscritto chiede di usufruire di:

bus  in partenza da \_\_\_\_\_  
per il viaggio di andata  ritorno  andata e ritorno

Il sottoscritto si dichiara disponibile a prestare servizio durante il viaggio.

**Il sottoscritto allega certificazione  autocertificazione  di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità al servizio di assistenza volontaria Infermi.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge il sottoscritto autorizza la pubblicazione delle proprie generalità nel "Libretto Bianco" del Pellegrinaggio; dichiara di essere in possesso di un **documento valido per l'espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tessera sanitaria**.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e art. 13 GDPR 679/16 in materia di "privacy" presto il consenso al trattamento da parte del Sovrano Militare Ordine di Malta dei miei dati personali, anche sensibili, della veridicità dei quali mi assumo la piena responsabilità.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Clausola assicurativa**

Il sottoscritto si obbliga a non richiedere ulteriore e/o diverso risarcimento al di là di quello previsto dalle Polizze Assicurative contratte dal Sovrano Militare Ordine di Malta - Ufficio Pellegrinaggi e, per l'effetto, elegge domicilio presso il Gran Magistero dell'Ordine, via Condotti 68, Roma, Italia.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Liberatorie e Consensi per i Minori partecipanti al Pellegrinaggio o per i Soggetti  
che necessitano di Tutore o Amministratore di Sostegno**

**Autorizzazione liberatoria**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore/i o esercente/i la patria potestà, o Tutore o Amministratore di Sostegno, del minore/soggetto sottoposto a  
Tutela/Sostegno (cognome e nome del minore o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno)

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

autorizza/autorizzano il proprio figlio/a suddetto, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, a partecipare al Pellegrinaggio  
organizzato dal Sovrano Militare Ordine di Malta a  Lourdes  Loreto.

Dichiara/dichiarano di esonerare da ogni responsabilità gli Organizzatori del Pellegrinaggio per eventuali incidenti o infortuni  
connessi in cui il proprio figlio/figlia, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, dovesse incorrere, e/o per danni a persone/cose che  
dovessero essere provocati a persone/cose dal Minore stesso.

Dichiara/dichiarano sotto la propria responsabilità che il proprio figlio/figlia, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, è idoneo  
fisicamente a partecipare quale piccolo/giovane aiutante esonerando gli organizzatori e coloro che dirigeranno le varie attività del  
Pellegrinaggio da ogni responsabilità. **A tal fine acclude/accludono certificato medico.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge il/i sottoscritto/i autorizza/autorizzano la pubblicazione delle generalità del proprio figlio/a,  
o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, nel "Libretto Bianco" del Pellegrinaggio; dichiara/dichiarano che il proprio figlio/a, o  
soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, è in possesso di un **documento valido per l'espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tessera  
sanitaria**.

(Luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Tutore  o l'Amministratore di Sostegno

1) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Clausola assicurativa**

Il/i sottoscritto/i esonera/esonerano il Sovrano Militare Ordine di Malta da ogni responsabilità relativa al viaggio ed al soggiorno del  
proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, durante il Pellegrinaggio, compresa quella relativa al trattamento medico  
e di assistenza.

Il/i sottoscritto/i si obbliga/obbligano a non richiedere ulteriore e/o diverso risarcimento al di là di quello previsto dalle Polizze  
Assicurative contratte e dal Sovrano Militare Ordine di Malta - Ufficio Pellegrinaggi e, per l'effetto, elegge/eleggono domicilio  
presso il Gran Magistero dell'Ordine, via Condotti 68, Roma, Italia.

(Luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Tutore  o l'Amministratore di Sostegno

2) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Consenso al trattamento dei dati** Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 art. 13 GDPR 679/16 in materia di “privacy” presto/prestiamo il consenso al trattamento da parte del Sovrano Militare Ordine di Malta dei dati personali e sensibili relativi a mio/nostro figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, della veridicità dei quali mi assumo/ci assumiamo la piena responsabilità.

Ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge il/i sottoscritto/i autorizza/autorizzano la pubblicazione delle generalità ed indirizzo del proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, nel “Libretto Bianco” del Pellegrinaggio; dichiara/dichiarano che il proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, è in possesso di un **documento valido per l’espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tessera sanitaria**.

(Luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Tutore  o l’Amministratore di Sostegno

3) (nome e cognome in stampatello leggibile) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ORDINE DI MALTA  
ITALIA**

DELEGAZIONE DELLA LOMBARDIA

**Certificazione di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità al servizio di  
assistenza volontaria Infermi**

Da produrre obbligatoriamente da parte di coloro che prestano assistenza volontaria agli Infermi, nella forma di  
Certificazione o di Autocertificazione, secondo gli schemi allegati

A) Schema di CERTIFICAZIONE

**Certificazione di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità al servizio di  
assistenza volontaria Infermi**

Si certifica che il sig./sig.ra

---

è di sana e robusta costituzione fisica, non è affetto da malattie infettive o  
contagiose ed è idoneo alla assistenza volontaria agli infermi.

Il Medico curante U.S.L.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

(timbro)



B) Schema di AUTOCERTIFICAZIONE

**Autocertificazione di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità al servizio di  
assistenza volontaria Infermi**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
autocertifica che è di sana e robusta costituzione fisica, non è affetto da malattie infettive o  
contagiose ed è idoneo alla assistenza volontaria Infermi.

Dichiara inoltre che non è affetto da:

- Infarto o ictus negli ultimi 6 mesi;
- Ematoma al cervello;
- Ipertensione endocranica o arteriosa;
- Glaucomi ad angolo chiuso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_