



**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 Benemeranza) _____

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* sì no

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



E' membro dell'Hospitalité di Lourdes? si ausiliare titolare no

Sistemazione in struttura ricettiva

Il sottoscritto desidera alloggiare in Hotel*:

- 3 stelle 3 stelle super 4 stelle
- 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 _____ aereo
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 _____