



ORDINE DI MALTA  
ITALIA

Venezia, 13 gennaio 2020

DELEGAZIONE DI VENEZIA  
PELLEGRINAGGI

Cari Confratelli e Consorelle, Volontari e Volontarie,

si ripropone anche per l'anno 2020 l'opportunità di accompagnare i nostri Signori Ammalati alla Grotta di Massabielle in occasione del **Pellegrinaggio Internazionale a Lourdes del Sovrano Militare Ordine di Malta, da venerdì 1 maggio 2020 a martedì 5 maggio 2020.**

**La partenza è prevista per le ore 8.50 di venerdì 1 maggio 2020 dall'aeroporto di Venezia; il ritorno per le ore 21.10 di martedì 5 maggio 2020 sempre all'aeroporto di Venezia.**

Le quote di partecipazione, invariate rispetto allo scorso anno nonostante l'aumento del costo sia dell'aereo che degli alberghi, sono le seguenti:

- personale ed accompagnatori in albergo	€ 780,00
- personale ed accompagnatori all'Hospitalet (solo 10 posti disponibili)	€ 680,00
- giovani fino ai 30 anni compiuti	€ 530,00
- supplemento camera singola	€ 200,00

In caso di rinuncia al Pellegrinaggio la quota verrà parzialmente rimborsata solo qualora il posto sia coperto da altra persona.

I pagamenti vanno effettuati a mezzo bonifico bancario sul conto dei Pellegrinaggi SMOM Venezia, i cui estremi sono riportati in calce.

Saranno prese in considerazione esclusivamente le domande di iscrizione ricevute via fax (0422-411045) o via *e-mail* all'indirizzo **pellegrinaggi.ve@ordinedimaltaitalia.org** e accompagnate dall'acconto della quota di partecipazione (euro 200,00), dalla domanda di partecipazione e dall'autocertificazione di idoneità al servizio: il tutto da eseguirsi categoricamente entro l'1 marzo 2020. Il saldo della quota dovrà poi essere effettuato entro e non oltre il 5 aprile 2020.

SMOM DELEGAZIONE DI VENEZIA – CASTELLO 3253 – 30122 VENEZIA  
tel. 041-2410027/347-9836060 – fax 0422-411045 – e-mail [pellegrinaggi.ve@ordinedimaltaitalia.org](mailto:pellegrinaggi.ve@ordinedimaltaitalia.org)

SMOM PELLEGRINAGGI VENEZIA – BANCA INTESA SANPAOLO

IBAN IT85A0306912080100000004024

La riunione di preparazione al Pellegrinaggio – cui seguirà la celebrazione della Santa Messa – si terrà il giorno **25 aprile 2020 alle ore 14.30**, presso la sede della Delegazione in Palazzo Malta, Castello 3253, Venezia, principiando con la celebrazione della Santa Messa; nel corso della riunione barellieri e sorelle esperti impartiranno gli insegnamenti necessari alla miglior cura e movimentazione degli assistiti in aeroporto, in viaggio e in Pellegrinaggio: la partecipazione è, pertanto, obbligatoria per tutti e imprescindibile per chi partecipa al Pellegrinaggio per la prima volta; vi saranno inoltre comunicate le ultime disposizioni per la partenza e distribuiti i cartellini per i bagagli.

Ai fini dell'assegnazione dei posti all'Accueil Notre Dame, i referenti locali, sono:

Diocesi di Venezia:	Anna Paola Rey	3394735115
Diocesi di Chioggia:	Giovanni Sambo	3939761988
Diocesi di Padova:	Antonio Zotti	335244279
Diocesi di Treviso e Vittorio Veneto:	Ludovica Bernardi	3479836060
Diocesi di Rovigo:	Giacomo Munari	3281847187
Diocesi di Belluno:	Carlo Fabris	360693926

Ai detti referenti andranno pertanto segnalate eventuali richieste per posti all'Accueil Notre Dame, tenendo presente che i Signori Ammalati non pagano personalmente la propria quota, ma che essa è rimessa alla generosità dei Confratelli e Consorelle dell'Ordine.

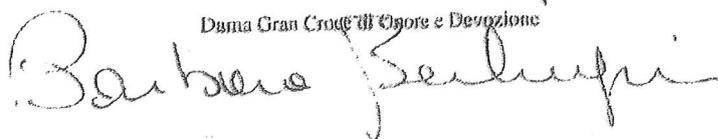
Ricordo, al proposito, che la spesa che la Delegazione affronta per ciascuno di loro è pari a circa euro 850: sono pertanto molto gradite offerte da parte dei Confratelli e delle Consorelle – **anche e soprattutto se non partecipanti al Pellegrinaggio** –, di collaboratori o altri benefattori, che consentiranno di mantenere o, auspicabilmente, di aumentare il numero dei Signori Ammalati partecipanti e dei giovani accompagnatori. Siete invitati, tuttavia, a non effettuare versamenti di quote nominativamente individuate prima di aver accertato la disponibilità del posto.

Invio a tutti i migliori auguri di buon anno e ringrazio sin d'ora quanti di Voi vorranno anche quest'anno donare la propria preziosa e sempre generosa opera di collaborazione per la piena riuscita del Pellegrinaggio, nello spirito della *Tuitio Fidei* e dell'*Obsequium Pauperum*.

La Responsabile Pellegrinaggi di Delegazione

Marchesa Barbara Berlingieri

Dama Gran Croce di Onore e Devozione



SMOM DELEGAZIONE DI VENEZIA – CASTELLO 3253 – 30122 VENEZIA

tel. 041-2410027/347-9836060 – fax 0422-411045 – e-mail pellegrinaggi.ve@ordinedimaltaitalia.org

SMOM PELLEGRINAGGI VENEZIA – BANCA INTESA SANPAOLO

IBAN IT85A030691208010000004024



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

**Sistemazione in struttura ricettiva**

Il sottoscritto desidera alloggiare\*:

- in Hotel 2 stelle     Accueil Notre Dame     Hotel 3 stelle     Hotel 3 sup /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 ed indirizzo nel "Libretto Bianco" del Pellegrinaggio; dichiara di essere in possesso di un **documento valido per l'espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tesserina sanitaria**.

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

**Consenso al trattamento dei dati**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 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 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

- 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 e della vigente normativa 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_