



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)

Al Pellegrinaggio di Lourdes / Loreto dell'anno

- Sacerdote Medico Farmacista Infermiere
 Sorella Barelliere Aiutante Accompagnatore

Cognome (nubile)

Cognome (sposato)

Nome Titolo

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

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

Documento d'Identità: tipo: numero

rilasciato da

il scadenza il

Posizione nell'Ordine (Cavaliere/Dama/Donato; ovvero decorato di Croce al Merito, Medaglia d'Argento, Medaglia di Benemerenzia)

Indirizzo

C.A.P. Città

Tel./Cell.

Email

Professione Diplomi ospedalieri

Lingue conosciute corrente/buono altri

Precedenti Pellegrinaggi con Ammalati

LORETO (numero) S.M.O.M. e/o con altra Organizzazione (indicare quale)

LOURDES (numero) S.M.O.M. e/o con 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.



Il sottoscritto desidera alloggiare

- camera singola (se disponibile)
- in camera doppia/tripla con
- in camera doppia (matrimoniale) con

Il sottoscritto chiede di usufruire di

- bus in partenza da aereo per il viaggio
- andata ritorno andata e ritorno

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

Il sottoscritto da **autocertificazione di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità al servizio di assistenza volontaria infermi** (o allega certificazione).

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. Dichiaro inoltre che non è affetto da infarto o ictus negli ultimi 6 mesi, ematoma al cervello, ipertensione endocranica o arteriosa, glaucomi ad angolo chiuso.

Nome e cognome (stampatello)

Luogo e Data Firma

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

Luogo e Data Firma

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

Clausula 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.

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, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, suddetto a partecipare al Pellegrinaggio organizzato dal Sovrano Militare Ordine di Malta a Lourdes Loreto. Dichiaro/dichiarano di aver preso visione del programma, di accettarlo in ogni sua parte e 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, o soggetto sottoposto a Tutela Sostegno, stesso.

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

(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

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 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

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 partedel 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;

dichiaro/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

Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma