

**Richiesta di partecipazione al  
1° TecnoCampus  
"Esploratori di autonomia"**  
*Castelraimondo (MC) 26 giugno-2 luglio 2011*

## ISTRUZIONI

Inviare il modulo compilato con sistema informatico o a mano in **stampatello** alla segreteria organizzativa:

**all'indirizzo mail:** [macerata@dislessia.it](mailto:macerata@dislessia.it)

oppure **all'indirizzo postale:** D'Angelo Rosalba

**Via Don Sturso, 5 – 62010 Montecosaro MC**

**entro il 10 GIUNGO 2011**

**Specificare nell'oggetto:**

- "Richiesta partecipazione 1° TecnoCampus 2011" **sezione A.I.D. di Macerata**

CONTESTUALMENTE al modulo di richiesta inviare:

- il documento di consenso per la privacy firmato (allegato al modulo di partecipazione);
- la documentazione diagnostica COMPLETA (**prima** diagnosi, eventuali aggiornamenti e interventi specialistici effettuati);

Per chiarimenti su iscrizione e documentazione rivolgersi a:

**Sig.ra Rosalba D'Angelo**  
Rappresentante territoriale AID Macerata  
Tel. 338-3689835

**Sig.ra Lisetta Guglielmo**  
Genitore, socio AID Macerata  
Tel. 347-5514517

Nei seguenti giorni/orario: Rosalba D'Angelo Possibilmente di Pomeriggio e Sera

Lisetta Guglielmo sempre

**Richiesta di partecipazione al  
1° TecnoCampus  
"Esploratori di autonomia"**  
*Castelraimondo (MC) 26 giugno-2 luglio 2011*

**DATI DEL RAGAZZO PER CUI SI RICHIEDE LA PARTECIPAZIONE AL CAMPUS:**

NOME ..... COGNOME .....

NATO A ..... IL .....

INDIRIZZO DI RESIDENZA.....

.....

Istituto frequentato: .....

Plesso scolastico:        scuola primaria ..... (nome)

                                 scuola secondaria 1° grado ..... (nome)

Classe frequentata:        Primaria        V°        Media        I°        II°        III°

Eventuali classi ripetute: .....

Insegnante di sostegno:    SI    NO

**DATI DEI GENITORI:**

Padre (Cognome Nome) ..... Socio AID    SI    NO

Madre (Cognome Nome) ..... Socio AID    SI    NO

Telefono: ..... Cellulare: .....

E-mail: .....@.....

**DIAGNOSI**

TIPO E DATA DELLA 1° DIAGNOSI (da allegare): .....

Classe effettuata al momento della diagnosi .....

CENTRO/NOME DELLO SPECIALISTA .....

E' stato seguito un percorso riabilitativo: SI    NO        se SI: di che tipo? .....

Data ultimo aggiornamento diagnostico (da allegare): .....

**SITUAZIONE SCOLASTICA**

Materie insufficienti/ con maggiori difficoltà: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Materie preferite/ più motivanti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esiste un Piano Educativo/didattico Personalizzato? SI NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:**

NELLO SCORSO ANNO IL RAGAZZO HA UTILIZZATO A SCUOLA GLI STRUMENTI COMPENSATIVI E

DISPENSATIVI? SI NO IN PARTE

Il ragazzo ha già partecipato a Corsi di Informatica per DSA (altri Campus o iniziative di Sezione AID, etc.)?

SI NO Se sì, a quale e quando: \_\_\_\_\_

**Descrizione sintetica delle difficoltà e atteggiamento verso la scuola:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motivazione per cui si ritiene che tale esperienza sia molto utile per il/la bambino/a-ragazzo/a**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eventuali note:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

### Modulo privacy

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

che il/la proprio figlio/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

possa partecipare all'iniziativa: **1° TecnoCampus "Esploratori di autonomia"**  
**Castelraimondo (MC) 26 giugno – 2 luglio 2011.**

#### INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 art.13 "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i dati personali e sensibili da Lei forniti, di cui le garantiamo la riservatezza nel rispetto della normativa sopra richiamata e del D.Lgs. n.171/1998 in materia di privacy:

- sono obbligatori pertanto senza il Suo consenso scritto al trattamento dei dati la Sua domanda di iscrizione non potrà essere accettata
- saranno trattati usando supporti cartacei, informatici e/o telematici anche ad opera di terzi per i quali la conoscenza dei Suoi dati personali risulti necessaria o comunque funzionale allo svolgimento dell'attività dell'Associazione; in ogni caso il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza
- saranno utilizzati per:
  1. attività connesse all'iscrizione al corso di oggetto;
  2. attività connesse all'invito ad altre iniziative di formazione per i ragazzi/genitori
  3. elaborazione statistica dei dati
  4. attività strettamente connesse ai fini istituzionali dell'Associazione;
    - a. Corsi di formazione e sensibilizzazione personale sanitario e scolastico, convegni scientifici sul tema del DSA (esclusivamente in forma anonima)
    - b. Diffusione a mezzo stampa e televisivo, a livello locale e nazionale; Eventuale incisione su supporti multimediali
  5. finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie

La informiamo che ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati: ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, nonché chiederne blocco ed opporsi al loro trattamento. Il Titolare del trattamento dei suoi dati personali è: Associazione Italiana Dislessia, con sede legale in Piazza Martiri ½ Bologna. Ogni informazione in merito alla individuazione dei responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati può essere richiesta presso la sede dell'Associazione Italiana Dislessia: [info@dislessia.it](mailto:info@dislessia.it).

In relazione al trattamento dei dati, Voi potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto D. Lgs.

#### MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione all'informativa che mi avete fornito, esprimo il consenso previsto dagli artt. 11 e 20 della Legge 675/96 al trattamento dei miei dati personali per le finalità, anche con modalità elettroniche e/o automatizzate. Analogamente esprimo il consenso a fornirvi dati personali da ritenersi sensibili in base agli art. 22, 23, 24 Legge 675/96, al loro trattamento.

In Fede,

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Si autorizza altresì l'uso del materiale prodotto durante i corsi, compresi video e foto, limitatamente a uso interno all'Associazione per fini istituzionali, altri corsi di formazione e sensibilizzazione sul tema DSA.

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_