



A.A.P.L.

Associazione Audiolesi e Problemi del Linguaggio

"Filippo Ciranni" Cod. Fisc. 97080690833

O.N.L.U.S.

Sede Legale: c/da Catanese coop. Futura Sc. B c.a.p. 98168, Messina – Tel/Fax 090355943

Sede Operativa: Via Centonze n. 182 – Piano 3° -- 98123 Messina – tel/fax 090 674886

e-mail: aapl.fc@tiscali.it – Internet www.aaplfc.it

MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ li ___/___/____,

residente in _____ (____), via _____ n. ____ - CAP _____

e-mail: _____ cel: _____

Richiede l'iscrizione alla *Vacanza Studio LIS* organizzato dall'A.A.P.L. "F.C." ONLUS – Associazione Audiolesi e Problemi del Linguaggio "Filippo Ciranni" ONLUS, dichiarando sin d'ora di obbligarsi all'osservanza delle norme comportamentali e delle regole imposte dall'associazione organizzatrice, per la/le settimana/e:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 04/06/2019 – 11/06/2019 | <input type="checkbox"/> 16/07/2019 – 23/07/2019 |
| <input type="checkbox"/> 11/06/2019 – 18/06/2019 | <input type="checkbox"/> 23/07/2019 – 30/07/2019 |
| <input type="checkbox"/> 18/06/2019 – 25/06/2019 | <input type="checkbox"/> 30/07/2019 – 06/08/2019 |
| <input type="checkbox"/> 25/06/2019 – 02/07/2019 | <input type="checkbox"/> 06/08/2019 – 13/08/2019 |
| <input type="checkbox"/> 02/07/2019 – 09/07/2019 | <input type="checkbox"/> 20/08/2019 – 27/08/2019 |
| <input type="checkbox"/> 09/07/2019 – 16/07/2019 | <input type="checkbox"/> 27/08/2019 – 03/09/2019 |

prezzo a settimana a persona: € 659,00 in unica soluzione o € 675,00 in due rate

Nella quota è compreso:

- 7 pernottamenti + colazione
- Corso formazione 40 ore + attività esercitazione
- Gita di una giornata
- 1 pranzo al sacco + 1 cena

Nella quota è escluso:

- trasporto fino ai punti di ritrovo
- altri pranzi e cene
- autobus per la circolazione nella città di Messina
- altro non espressamente indicato

Si allega alla presente la ricevuta di versamento della caparra di € 100,00 per settimana per persona, da effettuare sul seguente conto corrente: Banca UNICREDIT, IBAN IT 51 R 02008 16511 000101746995, intestato a: A.A.P.L. ASS.NE AUDIOLESI E PROBLEMI DEL LINGUAGGIO, indicando come causale "Vacanza Studio LIS_Nome Cognome_n° settimane".

Si fa presente che le vacanze studio verranno attivate al raggiungimento del numero minimo di partecipanti (15), qualora tale numero non venisse raggiunto l'associazione potrebbe proporre delle date alternative.

Dal momento della conferma dell'avvio dell'attività il pagamento potrà avvenire in due modalità:

- Pagamento in un'unica soluzione (€ 559,00), entro 10 giorni dal ricevimento della conferma;
- Prima rata di € 300,00 entro 10 giorni dal ricevimento della conferma, saldo di € 275,00 entro 15 giorni dall'inizio dell'attività.



A.A.P.L.

Associazione Audiolesi e Problemi del Linguaggio

"Filippo Ciranni" Cod. Fisc. 97080690833

O.N.L.U.S.

Sede Legale: c/da Catanese coop. Futura Sc. B c.a.p. 98168, Messina – Tel/Fax 090355943

Sede Operativa: Via Centonze n. 182 – Piano 3° -- 98123 Messina – tel/fax 090 674886

e-mail: aapl.fc@tiscali.it – Internet www.aaplfc.it

Il mancato ricevimento dei pagamenti implicherà la non ammissione all'attività. A scanso di equivoci si invita a inoltrare sempre copia del bonifico effettuato all'indirizzo mail aapl.fc@tiscali.it.

Principali divieti:

- è vietato fumare nelle aree in cui è espressamente specificato il divieto;
- è vietato manomettere e/o danneggiare i dispositivi di protezione, sicurezza e segnalazione;
- è vietato utilizzare, manomettere o distruggere mezzi e cose di proprietà dell'associazione;
- è vietato accedere ai locali in cui sono presenti documenti di proprietà dell'associazione senza specifica autorizzazione;
- **è vietato la replica o la divulgazione dei contenuti e del materiale fornito durante il corso di 40 ore;**
- è vietato accedere ai quadri elettrici.

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.

_____, __/__/____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

_____, __/__/____

Firma _____

"Mi assumo piena e completa responsabilità riguardo qualsiasi tipo di danno che possa accadermi nel corso dell'evento, o durante gli spostamenti necessari per recarmi nel luogo in cui esso si svolge e nel ritornare dopo la conclusione dello stesso.

Dichiaro inoltre di essere consapevole dell'eventualità che la partecipazione a questo evento comporti rischi di varia natura, dovuti a infortuni durante le fasi di spostamento, eventi atmosferici e condizioni delle strutture in cui esso si svolge.

Con la presente libero gli enti coinvolti nella Vacanza Studio (struttura alberghiera, ristoranti ecc...) da qualsiasi responsabilità, rinunciando a qualunque tipo di reclamo od azione legale.

Sono consapevole che questa liberatoria include qualsiasi tipo di lamentela per fatti causati da negligenza, azione o inadempienza delle suddette parti."

_____, __/__/____

Firma _____

Dubbi, richieste o domande potranno essere inoltrate in qualunque momento a:

aapl.fc@tiscali.it

Messina - via Centonze n. 182

Tel. 090/674886 - FAX: 090/674886



A.A.P.L.

Associazione Audiolesi e Problemi del Linguaggio

"Filippo Ciranni"

Cod. Fisc. 97080690833

O.N.L.U.S.

Sede Legale: c/da Catanese coop. Futura Sc. B c.a.p. 98168, Messina – Tel/Fax 090355943

Sede Operativa: Via Centonze n.182 – Piano 3° -- 98123 Messina – tel/fax 090 674886

e-mail: aapl.fc@tiscali.it – Internet www.aaplfc.it

ALLEGATO A - PROGRAMMA

Ore	Giorno 1 [martedì]	Giorno 2 [mercoledì]	Giorno 3 [giovedì]	Giorno 4 [venerdì]	Giorno 5 [sabato]	Giorno 6 [domenica]	Giorno 7 [lunedì]	Giorno 8 [martedì]
8.30-9.30	ACCOGLIENZA Punti di ritrovo: • Stazione centrale dei treni e degli autobus di Messina; • Sbarco Caronte&Tourist; • Struttura ricettiva scelta. Trasporto dai punti di ritrovo alla struttura ricettiva scelta	ATTIVITÀ D'AULA	ATTIVITÀ FORMATIVA	ATTIVITÀ FORMATIVA	ATTIVITÀ D'AULA	ATTIVITÀ D'AULA	Gita fuori porta Possibili mete: • Tindari • Taormina • Parco degli Jalari	PARTENZA Punti di ritrovo: • Stazione centrale dei treni e degli autobus di Messina; • Sbarco Caronte&Tourist; • Struttura ricettiva scelta. Trasporto dalla struttura ricettiva scelta ai punti di ritrovo
9.30-10.30								
INTERVALLO								
10.45.11.30								
11.30-12.30								
12.30-13.30								
PAUSA PRANZO								
14.30-15.30	ATTIVITÀ D'AULA	LIBERO	ATTIVITÀ FORMATIVA	LIBERO	LIBERO	LIBERO		
15.30-16.30								
16.30-17.30								
17.30-18.30								
18.30-19.30			LIBERO					
	NOTTE	NOTTE	NOTTE	NOTTE	NOTTE	CENA DI GRUPPO + NOTTE	NOTTE	

N.B. Il programma potrà subire variazioni, che verranno comunque comunicate in tempo utile. Si raccomanda sempre la massima puntualità.



A.A.P.L.

Associazione Audiolesi e Problemi del Linguaggio

"Filippo Ciranni"

Cod. Fisc. 97080690833

O.N.L.U.S.

Sede Legale: c/da Catanese coop. Futura Sc. B c.a.p. 98168, Messina – Tel/Fax 090355943

Sede Operativa: Via Centonze n.182 – Piano 3° -- 98123 Messina – tel/fax 090 674886

e-mail: aapl.fc@tiscali.it – Internet www.aaplfc.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____, nato/a a _____ (____) lì
____/____/____, [in quanto soggetto titolare della responsabilità genitoriale di
_____, nato/a a _____ (____) lì ____/____/____,]

Avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali [Cfr. INFORMATIVA DATI PERSONALI], con specificata la finalità del trattamento, ed essendo a conoscenza della possibilità di prendere visione della procedura operativa del Consorzio Inter Associativo dei Sordi Siciliani, di cui l'AAPL "FC" Onlus è parte, adottata in merito alla gestione dei dati personali [Cfr. CIASS P 04_GESTIONE DEI DATI PERSONALI], ai sensi dell'Art. 6 c. 1 lettera a) del Regolamento UE 679/2016,

Acconsento Non acconsento Al trattamento dei miei dati personali / dati personali del

soggetto del quale sono titolare della responsabilità genitoriale, ferma restando la possibilità di revocare in qualsiasi momento tale consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Sono inoltre a conoscenza del fatto che l'Associazione, qualora dovessero sorgere delle controversie con titolare del trattamento, quest'ultimo si renderà disponibile per un confronto diretto presso la propria sede amministrativa o presso una delle sedi operative, alla presenza di almeno un incaricato e almeno il presidente di una delle associazioni consorziate, con lo scopo di trovare una soluzione o un accordo.

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma _____

Autorizzo Non autorizzo

Il titolare del trattamento all'inoltro di comunicazioni promozionali relative alle attività dell'Associazione.

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma _____