



APS AMICI DEI DISABILI E DEI MINORI

**UN'ESTATE VOLONTARIAMENTE 2026
SCHEDA SANITARIA PER VOLONTARI MINORENNI**

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore di _____

dichiara quanto segue:

1. Le informazioni riportate di seguito descrivono in forma esatta e completa le condizioni di salute psicofisica di mio/a figlio/a e sono consapevole che è mio dovere comunicare ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione del presente modulo in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
2. Sono consapevole che i referenti dei turni di volontariato non possiedono una formazione medica e che, in caso di necessità, si appoggeranno al servizio medico territoriale.
3. Sono consapevole che le attività proposte a mio/a figlio/a e le cure mediche che gli/le saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno gestite dai referenti dei turni di volontariato e dal personale medico basandosi unicamente sulle informazioni qui fornite.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività di volontariato i referenti dei turni di volontariato provvederanno sempre ad informarmi, utilizzando i recapiti riportati nella presente scheda, per chiedere il mio consenso in relazione alle misure da prendere e alle terapie da eseguire. Sono consapevole inoltre che i referenti adotteranno tutte le misure opportune in condizioni di urgenza.
5. Sono consapevole che i referenti dei turni di volontariato non sono autorizzati a somministrare medicinali ai volontari durante le esperienze presso le strutture ODAR. I referenti possono, all'occorrenza, verificare e/o supervisionare l'assunzione autonoma di medicinali da parte del volontario/a, se esplicitamente concordato con la famiglia prima dell'esperienza, e comunque a seguito di specifica autorizzazione medica ricevuta per iscritto.
6. Ritengo che durante l'esperienza presso le strutture ODAR mio/a figlio/a sia idoneo/a a gestire alcuni momenti della sua quotidianità in autonomia, senza la sorveglianza continuativa di un adulto.
7. Sono consapevole che lo staff dell'Associazione, di ODAR e i referenti dei turni di volontariato si riservano di verificare quanto dichiarato e che, nel caso in cui vengano rilevate incongruenze/omissioni che possano compromettere il sereno e sicuro svolgimento dell'esperienza, gli stessi sono autorizzati, in accordo con il Direttivo dell'Associazione e la Direzione delle strutture ODAR, a interrompere il campo di volontariato per mio/a figlio/a.
8. Sono consapevole che nel caso in cui lo staff dell'Associazione, di ODAR e i referenti dei turni di volontariato ritengano le esigenze mediche di mio/a figlio/a, così come specificate in questa scheda, incompatibili con lo svolgimento dell'esperienza di volontariato, gli stessi provvederanno a contattarmi per comunicarmi di non poter considerare la candidatura di mio/a figlio/a.



APS AMICI DEI DISABILI E DEI MINORI

Allergie

Intolleranze, necessità, scelte alimentari

Reazioni allergiche a farmaci

Farmaci assunti regolarmente

Autorizzo mio/a figlio/a a fumare sigarette, anche elettroniche, durante il periodo in cui presta servizio presso le strutture ODAR, nei luoghi dove è permesso e secondo gli orari concordati.

SI ☐ NO ☐

Altre segnalazioni

Numeri da contattare in caso di emergenza

Luogo e data

Firma leggibile

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di avere preso visione del Regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR 679/2016 e dell'informativa specifica per il trattamento dei dati personali di natura sanitaria per i minori aderenti alle attività di volontariato dell'Associazione Amici dei Disabili e dei Minori di seguito riportata, e acconsento quindi al trattamento di tali dati secondo le modalità in essa esplicitate.

Luogo e data

Firma leggibile



APS AMICI DEI DISABILI E DEI MINORI

INFORMATIVA SPECIFICA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI NATURA SANITARIA PER I MINORI ADERENTI ALLE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO DELL'ASSOCIAZIONE AMICI DEI DISABILI E DEI MINORI (AI SENSI DEL GDPR EU 2016/679)

NECESSITÀ DELL'INFORMATIVA

Il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento e del Consiglio Europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito GDPR EU 2016/679) garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e al diritto di protezione dei dati personali. Per questi motivi l'Associazione Amici dei Disabili e dei Minori (di seguito, per brevità, "l'Associazione") con sede in piazza Piloni 11, 32100 Belluno, in qualità di "Titolare" del trattamento è tenuta a fornire, ai sensi dell'art.13 del GDPR 2016/679, una precisa informativa sul trattamento dei dati personali raccolti.

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Oltre ai suoi dati personali, l'Associazione tratterà, previo rilascio di un Suo specifico consenso scritto, dati che il Codice e il GDPR EU 2016/679 definiscono sensibili e che si riferiscono ad allergie, intolleranze e/o necessità alimentari, reazioni allergiche a farmaci e farmaci assunti regolarmente, nonché alla valutazione della capacità di gestire in autonomia alcuni momenti, quali pratiche quotidiane igienico-sanitarie, da parte del/la figlio/a minore iscritto/a alle proposte educative e di volontariato.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati oggetto del trattamento, e in particolare quelli che la legge definisce di natura sensibile, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività del Titolare nei limiti stabiliti dalla legge o regolamenti, e precisamente per finalità:

- di corretta informazione nei confronti del gestore (Opera Diocesana Assistenza Religiosa, di seguito, per brevità, "ODAR") con sede in piazza Piloni 11, Belluno) dei servizi di somministrazione dei pasti ai partecipanti alle esperienze di volontariato, nel caso di dati relativi alle allergie e intolleranze, o necessità alimentari;
- di gestione di eventuali emergenze sanitarie.

NATURA DEL TRATTAMENTO

La natura del conferimento dei dati è tale da pregiudicare, in caso di assenza, la partecipazione al programma di volontariato per il/la minore.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Per la gestione di tutte le pratiche amministrative, tra cui anche quelle che coinvolgono il trattamento dei dati di cui alla presente, l'Associazione si affida integralmente all'ODAR, con sede in piazza Piloni 11, 32100 Belluno. Per comodità, anziché rinviare ad altro documento, si riportano qui le modalità con cui ODAR effettua il trattamento dei dati. Gli stessi vengono acquisiti unicamente nella forma di file pdf così come trasmessi dai genitori/tutori del/la minore volontario/a oppure acquisiti tramite scansione elettronica (con distruzione dell'originale cartaceo nell'immediato) e in tale unica forma sono conservati per anni 5 all'interno dello spazio cloud offerto dai servizi di Google Drive. Ai dati potrà accedere solo il personale di ODAR dedicato alla supervisione dell'attività di servizio resa dai volontari all'interno delle strutture ricettive in gestione per l'appunto di ODAR stessa, il quale sarà a tal scopo appositamente incaricato e formato.

CATEGORIE DI SOGGETTI AI QUALI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

I dati personali trattati per le sole finalità sopra esposte potranno essere trasmessi ai soggetti cui la comunicazione è prevista per legge o per regolamento, o sulla base di rapporti giuridici in essere con il Titolare. In particolare, potranno essere comunicati:

- Ai responsabili e incaricati dell'organizzazione e della gestione delle esperienze di volontariato;
- Ai responsabili delle sedi di ODAR;
- Al personale sanitario del servizio pubblico, dei servizi svolti da fornitori di ODAR, e/o ad altri volontari dell'Associazione iscritti all'albo professionale.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Le comunichiamo che agli effetti del GDPR 2016/679:

Il Titolare del trattamento è l'Associazione Amici dei Disabili e dei Minori e il Responsabile del trattamento è il presidente don Sandro Gabrieli e, su sua delega, l'ing. Paolo Santesso in qualità di direttore generale di ODAR.

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), e degli artt.15,16,17,18, e 21 del GDPR 2016/679, la informiamo che:

a) ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento dei dati che La riguardano o di opporsi al trattamento degli stessi qualora ricorrano i presupposti previsti dal GDPR 2016/679;

b) potrà esercitare i diritti di cui alla lettera a) o revocare il consenso contattando direttamente ODAR a mezzo pec a: odar@pcert.postecert.it

c) ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

REVOCA DEL CONSENSO

La informiamo che ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 3 del GDPR EU 2016/679, potrà in qualsiasi momento revocare il consenso al trattamento dei dati. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.