

# MONTAGNATERAPIA - 20 SETTEMBRE 2024

Iniziativa 240454



20 SETTEMBRE 2024 -con il CAI di Parma, nell'ambito del Progetto di Montagnaterapia, accompagniamo il Gruppo dello Scarpone in una escursione a Monte Isola nel Lago d'Iseo .

## Proposta:

**Monte Isola** con un'area totale di 12,8 km<sup>2</sup>, è l'isola lacustre più grande d'Italia e tra le più estese d'Europa.

Il punto più alto di Monte Isola si deve all'altezza del suo monte, che raggiunge i 600 m s.l.m.

Il modo migliore per conoscere l'anima di Monte Isola è percorrerla a piedi.

Sentieri nel bosco, vecchie mulattiere, stradine asfaltate, ma senza traffico automobilistico, collegamento tra loro le diverse frazioni e località.

Salire al Santuario della Madonna della Ceriola a Monte Isola vuol dire raggiungere uno dei luoghi più panoramici di tutto il Lago d'Iseo, con una visione a 360° delle sue coste e delle montagne che lo circondano, fino alle dolci colline della Franciacorta e oltre.

Programma in corso di definizione - contattare i coordinatori

Montagnaterapia è un percorso terapeutico dell' Azienda USL di Parma rivolto ai pazienti del Dipartimento di Igiene Mentale.

Il ruolo dei volontari CRAL insieme a quelli del Club Alpino Italiano di Parma è quello di accompagnare i partecipanti per condividere con loro l'impegno e le emozioni di un'escursione in montagna.

I soci del CRAL che intendessero partecipare ad una prima escursione all'atto della loro iscrizione verranno indirizzati dal coordinatore a un colloquio con il Responsabile del Progetto Montagnaterapia che ne chiarirà ulteriormente gli scopi.

L'iniziativa potrebbe essere annullata o rinviata in considerazione di avverse condizioni meteorologiche o scarsa adesione dei partecipanti.

Sarà cura del coordinatore provvedere a informare gli iscritti.

Si rammenta l'obbligatorietà per i partecipanti dell'iscrizione al Club Alpino Italiano insieme a quella sul sito **CLICCA QUI:**

**TERMINE PER L'ISCRIZIONE 17 SETTEMBRE 2024**

## Agenda Programma:

### La quota non comprende:

Per aderire all'iniziativa è necessario essere socio FITeL e sottoscrivere l'assicurazione: la tessera (costo 1 euro per Familiari conviventi ed Aggregati) e l'assicurazione (costo 3,5 euro per Soci, Familiari conviventi ed Aggregati) hanno validità annuale (anno solare) e vengono attivate in occasione della prima partecipazione ad iniziative del CRAL.

### Assicurazione:

Si ricorda che con il tesseramento a FITeL (costo 1 euro) e l'adesione alla polizza (costo 3,5 euro) - con validità anno solare - addebitate in occasione della prima iniziativa, sono previste le seguenti coperture assicurative:

a) Infortuni occorsi durante attività del CRAL - FITeL, comprese quelle sportive dilettantistiche; invalidità permanente: massimo 30.000 euro; morte: massimo 30.000 euro; spese sanitarie: massimo 2.500 euro con franchigia di E 100, salvo una franchigia pari al 20% (minimo 150 euro) nel caso di strutture private.

b) Responsabilità Civile verso Terzi dei soci FITeL: la garanzia è prestata per tutti gli iscritti FITeL relativamente alla Responsabilità Civile verso Terzi per la partecipazione alle attività svolte dal socio e previste dallo statuto del CRAL e della FITeL. Massimali: 300.000 euro per ogni sinistro, per persona e per danni a cose o animali.

Copie integrali delle polizze sono consultabili e prelevabili in formato pdf ai seguenti link:

POLIZZA INFORTUNI 2024

POLIZZA R.C.2024

### Note:

La quota di partecipazione, unitamente ad eventuali costi aggiuntivi riferiti ad extra non inclusi nella quota, pagati dal Cral in nome e per conto del partecipante, potranno costituire oggetto di conguaglio al termine dell'iniziativa. Per contro, ovviamente, sarà previsto una riduzione della quota e/o del contributo originariamente indicato a fronte di minor costi accertati.

### Quote di partecipazione:

**Data inizio:** 20/set/2024

**Data fine:** 20/set/2024

### Contatti:

Bagnaresi Giuseppe

Email: g.bagnaresi@yahoo.it

Cellulare: 3357485682

Rabaiotti Francesco

Email: frabaiotti@libero.it

Cellulare: 3483835518

Tagliando di adesione da inviare, **entro il 17 settembre 2024**, utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite fax al numero:
- tramite posta all' indirizzo: Sezione Solidarietà e Volontariato, Via La Spezia 138

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ n. tel: \_\_\_\_\_ (i cui dati, se partecipante, devono essere riportati nella tabella sottostante) intende aderire all'iniziativa **MONTAGNATERAPIA - 20 SETTEMBRE 2024 (circolare 240454)**

Autorizza l'addebito di € \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_

#### Liberatoria Immagini

In relazione alla presente iniziativa, per me e per tutti gli altri partecipanti adulti sopra indicati, autorizzo il CRAL CA Italia, anche per il tramite di terzi appositamente autorizzati, a realizzare ed eventualmente pubblicare nell'account Instagram o in documenti interni (es. bilancio) immagini fotografiche e riprese audio e/o video. Le immagini di minori eventualmente riprese non verranno utilizzate

#### Accettazione penale

Prendo atto che in caso di disdetta il CRAL si riserva il diritto di applicare una penale a titolo di rimborso delle quote di partecipazione corrisposte e /o da corrispondere a soggetti terzi (tour operator, agenzie di viaggio, alberghi, ecc.).

#### Mandato con rappresentanza al CRAL CA Italia

In relazione alla presente iniziativa, conferisco per me e per gli altri aderenti all'iniziativa sopra indicati, avendone i poteri, mandato non oneroso con rappresentanza al CRAL CA Italia. Autorizzo pertanto il CRAL CA Italia a pagare in nome e per conto mio e degli altri aderenti all'iniziativa, i fornitori dei beni e servizi, impegnandomi a fornire la provvista di quanto a tale titolo dovuto.

#### Conferma presa visione delle condizioni dell'iniziativa

Dichiaro di aver preso visione del programma dell'iniziativa, della quota di partecipazione, dei supplementi (se previsti), delle assicurazioni da stipulare e di tutti gli allegati al programma, nonché di conoscerli e di accettarli nella loro interezza. A mia discrezione potrò eventualmente stipulare - a mia cura e con spese a mio carico - altre polizze assicurative, in aggiunta a quelle proposte, se dovessi ritenere non adeguate le coperture prestate ed i massimali indicati nelle polizze e riassunti dal CRAL CA Italia.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## Elenco partecipanti

### Partecipante 1

Dati personali:

- Cognome e nome: \_\_\_\_\_
- Codice fiscale: \_\_\_\_\_
- Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_
- Indicare se IS-IC-FA-AG: \_\_\_\_\_
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa: \_\_\_\_\_

Informazioni richieste:

### Partecipante 2

Dati personali:

- Cognome e nome: \_\_\_\_\_
- Codice fiscale: \_\_\_\_\_
- Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_
- Indicare se IS-IC-FA-AG: \_\_\_\_\_
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa: \_\_\_\_\_

Informazioni richieste: