

Montagnaterapia - 29 APRILE 2025

Iniziativa 250269



29 APRILE 2025 con il CAI accompagniamo gli studenti del CIOFS - (Centro Italiano Opere Femminili Salesiane) in una escursione nell'appennino Parmense.

Proposta:

Con gli amici del CAI - Club Alpino Italiano Sezione di Parma accompagniamo gli studenti del CIOFS (Centro Italiano Opere Femminili Salesiane) in una escursione nell'appennino Parmense.

Il CIOFS-FP, sede di Parma nasce nel marzo 2000. Il primo progetto che realizza è un'azione sperimentale (Progetto PRIDE) finalizzata all'inserimento sociale e lavorativo di donne immigrate. In coerenza con la propria proposta formativa, ritiene prioritario promuovere l'inserimento e/o il reinserimento nel mondo del lavoro attraverso la dimensione educativa dell'orientamento e le iniziative di formazione a vantaggio delle fasce sociali più deboli e della valorizzazione delle peculiarità femminili. Partendo da queste esperienze, il CIOFS/FP, sede di Parma, è oggi un centro flessibile di servizi formativi, in grado di progettare e realizzare una più ampia gamma di attività formative e di orientamento, dall'informatica all'ambiente, ed al turismo.

Contattare i coordinatori per gli orari e il dettaglio dell'attività.

I volontari già iscritti sul sito del CAI sono invitati a ripetere l'iscrizione a questa circolare CLICCA QUI

Per aderire è obbligatoria l'iscrizione annuale in validità al Club Alpino Italiano.

L'escursione potrebbe essere annullata e riprogrammata in caso di maltempo..

TERMINE ISCRIZIONE 25 APRILE 2025

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 civile) 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 civile - 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 2025

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: 29/apr/2025

Data fine: 29/apr/2025

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 25 aprile 2025**, 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 - 29 APRILE 2025 (circolare 250269)**

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: