

WAY UP 2026

Il progetto “Way Up” 2026 - è un'avventura **progettata per essere fisicamente impegnativa, ma accessibile alle necessità di tutti i partecipanti**. È soprattutto un'opportunità per entrare in sintonia con la natura e abbracciare nuove esperienze culturali in un contesto unico. Sette giorni fra le montagne e l'incanto delle dolomiti Trentine, in compagnia dello staff di Campo Base, istruttori e guide locali e altri giovani adulti con una storia di patologia oncologica.

Di seguito troverai tutte le informazioni necessarie per richiedere di partecipare ad una delle nostre sessioni.

Le tue risposte ci aiuteranno per iniziare a conoscerti ma soprattutto ad organizzare la migliore esperienza per te a Campo Base.

Per questo, una corretta e completa compilazione è fondamentale. Ti chiediamo di prenderti il tempo necessario per leggere con calma tutte le domande e fornire le informazioni richieste. In caso di dubbio, non esitare a contattarci!



Domanda di Partecipazione
WAY UP – 2026
MODULO A - a cura del candidato/a
Da rispedire a: connect@associazionecampobase.org

PARTE I – Dati personali

Nome e Cognome: _____

| PERIODO | SCADENZA MODULI | QUALE SESSIONE PREFERISCI? Usa 1 e 2 per indicare la prima e seconda scelta, oppure 1 e 1 se è indifferente Scrivi "NO" se NON puoi partecipare a quella sessione. |
|-------------------|----------------------|---|
| 14-20 Giugno 2026 | <u>15 Marzo 2026</u> | _____ |
| 23-29 Agosto 2026 | | _____ |

La preferenza NON È UNA GARANZIA DI SCELTA O PARTECIPAZIONE.

Naturalmente, maggiore sarà la disponibilità, maggiore sarà la possibilità di essere inseriti in uno dei gruppi definitivi.

Contatti in caso di emergenza

Nome e numero di telefono:

Relazione con il candidato:

Dati anagrafici

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____ M ☐ F ☐ X ☐

Indirizzo (via, civico, città, provincia) _____

Numero cellulare del candidato _____ Email _____

Se la modulistica è compilata da terzi (es. genitori/amministratori),

Nome di chi compila _____ Relazione con il candidato _____

Cellulare _____

Sei attualmente occupato oppure studi o altro?

☐ Occupato ☐ Non occupato né studente ☐ Altro/Non dichiarato

Informazioni sanitarie e personali

Diagnosi oncologica: _____

Data della diagnosi: _____

Stai attualmente ricevendo cure mediche relative a questa diagnosi? ☐ SI / ☐ NO (Specificare)

Nome e Cognome del candidato: _____

| È in corso il mantenimento? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Descrivere: _____ | | | | |
|--|------|-------------------------|--------------|------|
| Sei in remissione? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Data remissione: _____ | | | | |
| Hai avuto ricadute? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Data ricadute: _____ | | | | |
| Hai ricevuto chemioterapia? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Data della chemioterapia più recente: _____ | | | | |
| Hai ricevuto radioterapia? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Se sì, in quale parte del corpo: _____ | | | | |
| Hai altre patologie? _____ | | | | |
| Elencare eventuali interventi chirurgici: _____ | | | | |
| Elencare tutte le terapie attualmente in corso, dosaggi e frequenze. | | | | |
| Farmaco | Dose | Via somministrazione | Giorni/Orari | Note |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sei autonomo nella somministrazione di tali terapie? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Hai attualmente un CVC? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Hai ferite aperte o altre vie aperte? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Puoi fare il bagno in piscina/lago/mare? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Hai amputazioni/protesi? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Specificare: _____ | | | | |
| Usi ausili per il cammino (stampelle, deambulatore, altro)? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Specificare e descrivere l'attuale situazione di deambulazione. _____ | | | | |
| Hai mai avuto vertigini/capogiri/sensazioni di instabilità o perdita d'equilibrio? (Se sì, specificare) _____ | | | | |
| Riesci a salire una scala verticale di 4m senza assistenza? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Riesci a salire 3 piani di scale senza assistenza? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | | | | |

| |
|--|
| Hai mai avuto una crisi convulsiva? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO se, sì descrivere _____ |
| Hai difficoltà cognitive o sensoriali? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO se, sì descrivere _____ |
| Sei coperto da vaccinazione antitetanica? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Anno ultimo richiamo: _____ |
| Hai allergie a: |
| <input type="checkbox"/> Alimenti? Se sì, quali? _____ |
| <input type="checkbox"/> Peli di Animale? Se sì, quali? _____ |
| <input type="checkbox"/> Fattori ambientali? (es. graminacee, polvere...) Se sì, quali? _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmaci? Se sì, quali? _____ |
| Hai necessità dietetiche particolari? (dieta vegetariana, vegana, cose che non mangi, etc) _____ |

PARTE II – Programma e attività



1. Descrivi brevemente la tua esperienza sportiva fino ad oggi e se attualmente pratichi sport/sei fisicamente attivo.

Vai abitualmente a camminare o a fare sport? (Avere uno stile di vita "sportivo" NON E' un requisito necessario alla partecipazione)

1. Potrebbe causarti delle difficoltà l'immersione in acqua?

2. C'è qualche particolarità o difficoltà fisica nell'uso degli arti o del busto?

3. Prendere colpi o botte accidentali può essere un problema grave per te?

4. Descrivi eventuali difficoltà a vista, udito, equilibrio:

5. Hai difficoltà polmonari? Masse delicate? Problemi ossei? Trombosi venosa profonda?

6. Soffri di insonnia o hai difficoltà a dormire?

7. Puoi condividere una camera con altri partecipanti dello stesso genere?

8. Riconosci di avere o ti è mai stato segnalato di avere manifestato problematiche di comportamento o di tipo cognitivo, anche se non diagnosticate in modo specifico? Ad esempio disturbi dell'attenzione, iperattività, ecc.

9. Descrivi altre problematiche che potrebbero interferire con le attività proposte nel programma. (cardiopatie, difficoltà emotive, prendi farmaci anticoagulanti, trombosi...)

10. Hai mai avuto sintomi di depressione, di stress o malattie psichiatriche che hanno limitato la tua vita quotidiana o che potrebbero influire sulla tua eventuale partecipazione?

Parte III - Raccontaci di più

Come hai saputo di Campo Base/Way Up?

Perché vuoi partecipare al progetto?

Ci sono degli aspetti di questo programma che ti preoccupano? Se sì quali, e perché? (alloggio in spazi condivisi, confronto con altre persone con patologie, programma sportivo...)

Quali sono gli elementi del programma ai quali sei più interessato?

Un'ultima domanda: ti va di raccontarci ancora qualcosa su di te? cosa fai nella vita? Quali sono le tue passioni? Che cosa ti fa emozionare e che cosa non ti piace?

GRAZIE!

**PER FAVORE INVIA QUESTO MODULO – COMPRESA LA PAGINA
SEGUENTE RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI E IMMAGINI A:**

connect@associazionecampobase.org

AUTORIZZAZIONE ALLE ATTIVITA' RICREATIVE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI ED IMMAGINI
MAGGIORENNI

Il partecipante _____ nato/a il _____ a _____
(nome e cognome partecipante) (gg/mm/aaaa) (luogo)
prende visione e sottoscrive le seguenti autorizzazioni:

1. Attività con Campo Base

Sono consapevole che, durante il soggiorno presso Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS, i partecipanti potranno cimentarsi in attività ricreative (escursioni, campeggi, escursione notturna, etc.) effettuate con la predisposizione di apposite precauzioni ed idonee misure di sicurezza atte a prevenire rischi di incidenti e sotto la costante sorveglianza di personale esperto e competente incaricato da Castel Campo e Associazione Campo Base della gestione di tali attività

☐ **SONO CONSAPEVOLE**

Di essere sotto la mia personale responsabilità nella partecipazione alle attività ricreative incluse nel programma di Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS e **sollevo espressamente Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS da responsabilità per eventi imprevisti e/o imprevedibili** in qualsiasi modo connessi con tali attività.

Data Firma

2. Privacy e dati personali

Presa visione dell'informativa sul REGOLAMENTO UE 2016/ 679 riportata in calce/in allegato,

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS ad effettuare/far effettuare il **trattamento dei miei dati personali** per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

SENZA QUESTA AUTORIZZAZIONE IL MODULO NON POTRÀ ESSERE ACCETTATO

(L'autorizzazione è necessaria per la partecipazione alle attività di Associazione Campo Base APS ETS. Per ulteriori informazioni contattare info@associazionecampobase.org)

Data Firma

3. Foto e riprese del partecipante

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Associazione Campo Base APS ETS e Castel Campo ad effettuare/far effettuare con l'impiego di qualsiasi tecnologia **riprese della mia immagine** e ad utilizzarla per materiale illustrativo (fotografie, audiovisivi etc.) ad uso dei partecipanti al soggiorno, per materiale informativo (brochure, sito internet, Facebook etc.), nonché per attività di promozione delle attività di Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS

Nome e Cognome del candidato:

(pubblicazioni a mezzo stampa, pubblicazione in internet etc).

Data

Firma

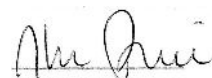
INFORMAZIONI SULLA GESTIONE E L'ARCHIVIAZIONE DEI DATI PERSONALI PER PARTECIPANTI

Qui di seguito trova le informazioni richieste dalla normativa nazionale vigente e dal Regolamento UE 2016/679

| | |
|--|--|
| Chi Siamo | Associazione Campo Base APS ETS promuove iniziative di assistenza e sostegno nell'ambito sociale, in particolar modo alle persone con malattie gravi o disagio psicosociale ed è il Titolare del Trattamento dei Suoi dati. |
| Che obblighi ha lei | Le ricordiamo che lei ha la facoltà di decidere se fornirci o meno i dati richiesti, ma in mancanza noi non potremo procedere con l'iscrizione e la partecipazione alle attività con Campo Base. |
| Quali dati trattiamo | Per le finalità indicate nell'informativa, tratteremo dati personali comuni ed in particolare i dati anagrafici (nome, cognome, indirizzo, numero di telefono, e-mail ed altri recapiti) e dati personali particolari come quelli relativi allo stato di salute. |
| Perché e come trattiamo i Suoi dati | Utilizziamo strumenti informatici e cartacei per trattare i dati da Lei conferiti, al fine di gestire la sua partecipazione alla nostra attività; in particolare, i suoi dati sono trattati per consentire la gestione amministrativa e assicurativa della sua partecipazione o associazione, e per consentire allo staff qualificato una gestione consapevole e preparata della sua partecipazione alle nostre attività. I suoi dati, conclusa la partecipazione alle nostre attività, verranno archiviati elettronicamente in supporti idonei (database e software), e per brevi periodi in forma cartacea; tale supporto verrà poi distrutto. I dati personali comuni ed i contatti potranno altresì essere archiviati in dispositivi mobili ed utilizzati per comunicazioni relative alle attività dell'associazione per via telefonica, sms, email e con altri servizi di messaggistica. |
| Su che basi utilizziamo i suoi dati | Il trattamento dei Suoi dati si basa sul consenso . Nel caso di soci, si basa sul rapporto associativo stesso. La ricordiamo che i dati che le richiediamo sono fondamentali per la corretta programmazione delle attività con Lei, per poter garantire un'esperienza quanto più possibile sicura ed adattata ai bisogni del partecipante. Se non intende dare il consenso, ci contatti per avere ulteriori informazioni sulla sua partecipazione a info@associazionecampobase.org |
| A chi inoltreremo i suoi dati | I dati raccolti potranno essere conosciuti solo da personale specificamente incaricato delle operazioni di trattamento e potranno essere comunicati a: <ul style="list-style-type: none"> - Personale interno a Campo Base, sia retribuito che volontario; - Personale di aziende fornitrici che ne possano necessitare per effettuare al meglio il proprio lavoro (mensa); - Consulenti esterni che programmano attività e che necessitano di queste informazioni per la corretta gestione delle stesse; - Studio legale (in caso di controversie); - Enti assicuratori (in caso di necessità). I dati trattati non saranno diffusi, tanto meno ceduti a terzi, né condivisi . Saranno comunicati ad altri qualificati soggetti esclusivamente per dare corso alle operazioni dell'associazione e per fornirle informazioni sulle attività dell'Associazione. I dati non verranno trasmessi fuori dall'Unione Europea. |
| Per quanto conserveremo i suoi dati | Noi conserveremo i suoi dati nei nostri archivi per il periodo necessario alla gestione della sua partecipazione ed in vista di sue partecipazioni successive, per documentare la nostra attività e anche per rispondere a sue necessità di recupero dati. In ogni caso i dati verranno conservati per un massimo di cinque anni dalla sua ultima partecipazione . Dopodiché, solo alcuni di questi verranno conservati per motivi di storicità, ma saranno resi anonimi. Per i soci , i dati anagrafici relativi al libro soci verranno conservati secondo i termini di legge . Resta inteso che i suoi dati verranno immediatamente cancellati nel caso di Sua disdetta all'Adesione sottoscritta oppure in ogni momento in cui Lei decidesse di avvalersi del diritto all'oblio (cancellazione) dei dati ; in tal caso non potremmo più onorare quanto riportato nell'adesione sottoscritta. |
| Quali obblighi abbiamo nei suoi confronti | Abbiamo l'obbligo di rispondere alle sue richieste di conoscere come e perché trattiamo i suoi dati; abbiamo anche l'obbligo di correggere dati sbagliati, integrare dati incompleti e aggiornare dati non più esatti; abbiamo infine gli obblighi di cancellare i dati e di limitare il trattamento; abbiamo l'obbligo di interrompere il trattamento se lei non è più d'accordo; abbiamo l'obbligo di fornirle in un formato elettronico di uso comune e leggibile, i dati personali che La riguardano o di trasmetterli ad altro Titolare da lei indicato. In caso di necessità, ci contatti via email a info@associazionecampobase.org così da verificare insieme se ci sono tutti i presupposti previsti dalla normativa e per poter consentirci di rispondere nella maniera più rapida ed efficace alle Sue richieste. |
| A chi può rivolgersi in caso di nostre mancanze | Se la risposta da parte nostra non sarà stata soddisfacente, può rivolgersi al Garante della Protezione dei dati. www.garanteprivacy.it |

Per altre informazioni o chiarimenti ci può contattare a info@associazionecampobase.org oppure al numero 3474859654.

Fiavè, 20 Gennaio 2026



Thea Rasini - Presidente Associazione Campo Base APS ETS