

**MODULO DI ISCRIZIONE LEADER
BOOT CAMP - NIDO DELLE AQUILE
2026**

Nome:

Foglio 1

Informazioni personali

Nome:

Cognome:

Data di nascita: Stato civile:

Hai figli? Sì No Parteciperanno al Boot Camp con la famiglia? Sì No

Se sì, scrivi i nomi dei familiari partecipanti:

Numero di telefono: Email:

Paese / Città:

Informazioni spirituali

Chiesa di appartenenza:

Nome del pastore:

Da quanto tempo sei convertito/a?:

Confermo di avere il consenso del mio pastore per partecipare: Sì No

Esperienza ministeriale

Hai esperienza nel ministero o nel lavoro con giovani/gruppi?

Sì No Se sì, specifica brevemente:

Motivazione

Perché desideri servire come leader nel Boot Camp?:

FIRMA

DATA



MISSIONE OASI Via dei Cerasani n°81 – 00018 Palombara Sabina (RM) C. F: 94093400581

Dati Anagrafici del richiedente

Nome:

Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

Codice Fiscale:

Residenza: Via/Piazza:

Città: Prov: Cap:

Numero di telefono: Email:

Richiesta di adesione

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il progetto Teen Missions Italia opera attraverso l'Associazione Missione Oasi,

di essere ammesso/a in qualità di socio dell'Associazione per l'anno associativo corrente.

CHIEDE

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti dell'Associazione e di accettarli integralmente;
- di condividere le finalità istituzionali dell'Associazione;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale stabilita dal Consiglio Direttivo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione alle attività associative è riservata ai soci regolarmente iscritti;

Condizione di validità della domanda

La presente richiesta di adesione:

- sarà valutata e approvata dal Consiglio Direttivo;
- sarà considerata valida solo se completa di tutta la documentazione richiesta;
- dovrà essere presentata entro e non oltre il 15 giugno 2026;

Le domande incomplete o presentate dopo tale data potranno non essere accettate.

Informativa e consenso privacy (GDPR)

I dati personali forniti saranno trattati dall'Associazione Missione Oasi esclusivamente per la gestione del rapporto associativo, per l'adempimento degli obblighi di legge e per le

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali
- Autorizzo l'utilizzo di immagini (foto/video) per finalità informative e promozionali

FIRMA

DATA

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Missione Oasi: APPROVA la presente richiesta di adesione.

FIRMA PRESIDENTE

DATA

Conoscere l'opinione pastorale riguardo al carattere, alla maturità e all'affidabilità del volontario. Grazie per rispondere con sincerità. Le informazioni saranno trattate con riservatezza.

Dati del leader

Nome del leader:

Cognome del leader:

Dati del pastore / responsabile

Nome:

Cognome:

Numero di telefono: Email:

Chiesa: Ministero:

Ruolo:

Relazione con il leader

• Da quanto tempo conosce il leader?

Meno di 1 anno 1-3 anni Più di 3 anni

• Qual è la sua relazione con lui/lei?

Valutazione generale

Pastore principale Responsabile diretto Altro: _____

Selezioni una opzione per ogni aspetto

• Testimonianza cristiana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Responsabilità	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Attitudine al servizio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Lavoro di squadra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Sottomissione all'autorità	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Maturità emotiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domande chiave (risposta breve)

• Quali sono i principali punti di forza del leader?

• Ci sono aree in cui dovrebbe crescere o migliorare?

• Lo ritiene idoneo a servire in un contesto con disciplina, lavoro di squadra e convivenza intensa (come un campo)?

Sì No Con osservazioni: _____

• Raccomanderebbe questa persona per lavorare con giovani o altri volontari?

Sì No Con riserve: _____

• Esiste qualche situazione (morale, spirituale o comportamentale) che dovremmo conoscere prima di accettare la sua partecipazione?

Sì No (per favore specifichi): _____

FIRMA DEL PASTORE

DATA

**AUTOCERTIFICAZIONE DI
RESPONSABILITÀ
LEADER
BOOT CAMP - NIDO DELLE AQUILE 2026**

Nome:

Foglio 4

Comprendo che il presente modulo deve essere compilato e firmato prima della partecipazione al Boot Camp Nido delle Aquile 2026.

Io, (nome legale completo in stampatello) _____

dichiaro di partecipare volontariamente alle attività organizzate da Teen Missions Italia, operante attraverso l'Associazione Missione Oasi, e di aver letto e compreso le informazioni e il regolamento del Boot Camp Nido delle Aquile 2026.

Sono consapevole delle attività previste e dei possibili rischi connessi alle attività comunitarie, formative, sportive, pratiche e di viaggio eventualmente organizzate durante il camp.

Mi impegno a rispettare il regolamento interno, le indicazioni dei responsabili e tutte le norme di sicurezza previste durante lo svolgimento delle attività.

Dichiaro inoltre di trovarmi in condizioni fisiche e psicologiche idonee alla partecipazione al Boot Camp.

In caso di necessità, autorizzo i responsabili del camp a contattare i servizi sanitari competenti e ad accompagnarmi presso strutture mediche o ospedaliere per ricevere le cure necessarie.

Sono consapevole che l'assistenza sanitaria in Italia è regolata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che eventuali spese non coperte dal sistema sanitario o dalla propria assicurazione personale resteranno a mio carico.

Se il partecipante è residente in Italia ed è coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non è necessario compilare la sezione seguente.

I partecipanti stranieri o coloro che dispongono di assicurazione sanitaria privata o di viaggio possono invece indicare qui sotto i dati della propria copertura assicurativa:

Nome della compagnia assicurativa: _____

Numero della polizza: _____ contatto assicurazione: _____

Mi impegno inoltre a partecipare responsabilmente alle attività previste e a collaborare con lo staff e gli altri partecipanti per il buon svolgimento del Boot Camp.

Dichiaro infine che le informazioni fornite sono veritiere.

FIRMA

DATA



**INFORMAZIONI SULLA SALUTE
LEADER
BOOT CAMP - NIDO DELLE AQUILE
2026**

Nome:

Foglio 5

Le informazioni fornite in questo modulo saranno trattate in modo confidenziale e utilizzate esclusivamente per la sicurezza, il benessere e l'organizzazione del Boot Camp.

Condizioni mediche

Hai qualche condizione medica, allergia o problema di salute che dovremmo conoscere per poterti assistere adeguatamente durante il Boot Camp?

Sì No Se sì, specifica: _____

Allergie

Hai allergie a farmaci, alimenti, insetti o altre sostanze?

Sì No Se sì, specifica: _____

Farmaci

Stai assumendo farmaci regolarmente?

Sì No Se sì, quali: _____

Alimentazione

Hai restrizioni alimentari o esigenze particolari?

Sì No Se sì, specifica: _____

Limitazioni fisiche

Hai limitazioni fisiche, difficoltà o condizioni che potrebbero influire sul servizio, sulle attività o sulla partecipazione al Boot Camp?

Sì No Se sì, specifica: _____

Supporto emotivo o personale

C'è qualche situazione emotiva, personale o di salute che potrebbe aiutarci a conoscerti meglio e offrirti un supporto adeguato durante il Boot Camp?

Sì No Se sì, specifica: _____

Informazioni mediche importanti

Hai avuto recentemente interventi chirurgici, incidenti o condizioni mediche importanti?

Sì No Se sì, specifica: _____

Contatto di emergenza

Nome: _____ Telefono: _____

Autorizzazione

In caso di emergenza, autorizzo i responsabili del Boot Camp a contattare i servizi medici necessari e a prendere le misure appropriate per la mia sicurezza e assistenza.

Confermo inoltre che le informazioni fornite sono veritiere e complete secondo le mie conoscenze.

FIRMA

DATA

