

MONTAGNATERAPIA PARMA - 15 APRILE 2026 - GRUPPO AQUILOTTI

Iniziativa 260192



La Sezione Solidarietà e Volontariato in collaborazione con la Sezione Territoriale Parma e il CAI - Club Alpino Italiano Sez. di Parma accompagnano gli amici del Gruppo Aquilotti.

Proposta:

Accompagniamo gli amici del Gruppo degli Aquilotti del Progetto di Montagnaterapia, in collaborazione con la Sezione di Parma del CAI - Club Alpino Italiano lungo i sentieri attorno a Pontremoli in Lunigiana.

Pontremoli, una gemma nascosta nel cuore della Lunigiana, dove storia, cultura e natura si fondono in un'atmosfera unica e suggestiva. Questa antica cittadina medievale, incastonata tra le dolci colline della Toscana settentrionale, è una tappa imperdibile per chi ama i borghi storici, l'autenticità dei paesaggi e le tradizioni senza tempo. Con i suoi maestosi castelli, le stradine acciottolate e le imponenti chiese, Pontremoli offre un viaggio indietro nel tempo, pur rimanendo viva e vibrante.

Destinazione e 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 rinviata in considerazione di avverse condizioni metereologiche al 28 marzo 2026.

Sarà cura dei coordinatori 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 12 APRILE 2026

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 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: 15/apr/2026

Data fine: 15/apr/2026

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 12 aprile 2026**, 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 PARMA - 15 APRILE 2026 - GRUPPO AQUILOTTI (circolare 260192)**

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: