

# CORSO DI MONTAGNATERAPIA

Iniziativa 250508



## NOI E L'AMBIENTE CORSO DI FORMAZIONE PER VOLONTARI ACCOMPAGNATORI, OPERATORI SANITARI E SOCIO SANITARI

### Proposta:

Il corso, organizzato dall'Azienda USL di Parma in collaborazione con SIMont (Società Italiana di Montagnaterapia) e CAI (Club Alpino Italiano), prevede il:

**19 SETTEMBRE 2025 ore 8,45 - 17 presso Sala Conferenze Fattoria di Vigheffio** (Strada di Vigheffio n.17 - Collecchio (PR) **una prima giornata** di formazione residenziale con lezioni frontali, momenti di discussione, esercitazioni

**20 SETTEMBRE 2025 ore 8 - 14 al Parco dei Cento Laghi una seconda giornata** di laboratorio esperienziale in ambiente, che si concluderà con un pranzo condiviso in rifugio.

In occasione dell'iscrizione si può scegliere di partecipare anche ad una sola giornata.

Verrà presentata la storia della Montagnaterapia per conoscerne radici, obiettivi, strumenti e il ruolo degli operatori.

Si studieranno le buone pratiche per costruire e realizzare progetti in ambiente rivolti a persone con problemi di salute mentale, dipendenze e disturbi del neurosviluppo.

Il corso si rivolge a operatori professionali sanitari e socio-sanitari, **volontari e tecnici della montagna disponibili ad accompagnare le attività di Montagnaterapia.**

Il progetto **Montagnaterapia della Sezione CAI di Parma** compie 15 anni.

**Da oltre 8 anni il Cral collabora con un Gruppo di soci/ familiari volontari.**

Cosa è la Montagnaterapia:

Vengono organizzate escursioni in Appennino, Alpi e Dolomiti per gruppi di utenti con diversi gradi e tipologie di disabilità, accompagnati dai loro educatori ed operatori di riferimento. Le uscite si svolgono prevalentemente durante la settimana o nei giorni prefestivi, e sono per lo più giornaliere (occasionalmente due giorni con 1 pernottamento in rifugio). Si collabora con l'Ausl di Parma, Associazioni e Cooperative sociali.

Il ruolo dei volontari:

I volontari sono fondamentali per il successo del progetto Montagnaterapia: il loro compito principale è quello di affiancare gli educatori nell'accompagnamento degli utenti durante le escursioni, offrendo supporto e assistenza; i volontari con più esperienza sono poi responsabili dell'organizzazione delle uscite e dell'ideazione e conduzione degli itinerari.

Allegata Locandina del Corso.

**TERMINE ISCRIZIONE 16 SETTEMBRE 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:**

- **Iscritto CRAL:** 30,00 €
- **Iscritto Sezione:** 30,00 €
- **Familiare convivente:** 44,00 €
- **Familiare NON convivente o Aggregato:** 59,43 €

**Data inizio:** 19/set/2025**Data fine:** 20/set/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 16 settembre 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 **CORSO DI MONTAGNATERAPIA (circolare 250508)**

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:

- Scelta della data

**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:

- Scelta della data

## Informazioni:

---

**Scelta della data**  
Una sola risposta: