

MODULO DI PRENOTAZIONE ALLA CAMPAGNA UMANITARIA
OVERLAND FOR SMILE® 2019

Vi preghiamo di non inviare prima della data e dell'ora indicate i
moduli di prenotazione

Quelli giunti prima dell'apertura ufficiale delle iscrizioni non
verranno presi in considerazione.

PORTAVOCE SQUADRA

(Anche quest' anno sarà possibile iscrivere 2 o più persone che vogliono partecipare insieme usando il modulo per squadre; il primo nome, nella sezione in rosso, sarà quello del portavoce della squadra che manderà la mail e si prenderà la responsabilità di comunicare e avvisare per tempo lo staff di overland for smile di qualsiasi possibile cambiamento inerente la propria squadra)

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI [] NO []

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____ Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono.

Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____ Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?

SI [] NO []

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ **Cell.** _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE **OVERLAND FOR SMILE®**?

SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono.

Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ **Cell.** _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPAI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono.

Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE **OVERLAND FOR SMILE®**?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE*®?
SI [] NO []

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono.

Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ **Cell.** _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono.

Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPAI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE *OVERLAND FOR SMILE®*?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ Cell. _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPAI AD UNA MISSIONE **OVERLAND FOR SMILE®?**

SI [] NO []

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____

Firma _____

Nome _____

Cognome _____

Tel. Studio _____ **Cell.** _____

Fax _____

e-mail _____

Professione _____

Anno laurea _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UNA MISSIONE **OVERLAND FOR SMILE®**?
SI NO

PER I MEDICI/ODONTOIATRI:

SELEZIONARE L'ATTIVITA' CLINICA PREFERITA ED IN CUI TI SENTI DI OFFRIRE LA MASSIMA QUALITA' PROFESSIONALE

Conservativa Endodonzia Estrattiva

PER TUTTI:

Io sottoscritto/a _____ autorizzo il trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, autorizzo espressamente **OVERLAND FOR SMILE®** ad utilizzare gratuitamente le immagini fisse e/o in movimento che mi ritraggono. Tale autorizzazione deve intendersi rilasciata a tempo indeterminato, nel rispetto delle leggi e senza limiti territoriali; nonché per l'impiego in pubblicazioni e filmati, anche a scopi pubblicitari e/o promozionali.

Data _____ Firma _____

Autorizzo l'utilizzo delle informazioni fornite all'atto dell'iscrizione ai fini di iniziative correlate alle attività di **OVERLAND FOR SMILE®**.

Data _____ Firma _____

INDICARE IL PERIODO PRESCELTO

LA MISSIONE AVRA' LUOGO DAL 8 GIUGNO AL 31 AGOSTO 2019 (durata minima del volontariato una settimana, sabato-sabato)

PERIODO OPZIONATO

DAL _____

AL _____

Qualora le date richieste non fossero disponibili, chiediamo di indicare una o più date opzionali:

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO VIA MAIL A:

antonela.overlandforsmile@gmail.com

Entro una settimana lo staff di *overlandforsmile* invierà una mail di risposta per confermare o meno la prenotazione in base alla disponibilità per la data richiesta e vi invierà il *modulo di autocertificazione* da rispedire entro 10 giorni insieme alla documentazione richiesta e necessaria per poter partecipare sempre all'indirizzo mail:

antonela.overlandforsmile@gmail.com

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

DOCUMENTO D'IDENTITA' (*tutti*)

AUTOCERTIFICAZIONE *che vi invieremo noi* (*tutti*)

RC PROFESSIONALE (*solo odontoiatri e medici-dentisti*)

DIPLOMA DI LAUREA (*odontoiatri/medici-dentisti e igienisti*)

DIPLOMA DI ABILITAZIONE (*solo odontoiatri e medici-dentisti*)

I moduli non seguiti dalla documentazione nei tempi richiesti non verranno presi in considerazione.

NON è possibile essere iscritti alla campagna umanitaria 2019 senza aver inviato **tutta la documentazione** richiesta.

Si ricorda che *OVERLAND FOR SMILE*® non trattiene tale documentazione, che viene inviata alle Autorità competenti in sede di missione.

IMPORTANTE!

Per aiutarci nell'organizzazione delle settimane di missione e consentire a tutti di poter partecipare, vi chiediamo cortesemente di rispettare i termini della vostra prenotazione/iscrizione, fatta eccezione ovviamente per le emergenze.

In passato abbiamo avuto alcune defezioni dell'ultim'ora (non sempre per reali emergenze) con non pochi problemi di gestione delle squadre.

Salvo gravi emergenze, Vi preghiamo inoltre di comunicare con almeno un mese di anticipo gli eventuali cambiamenti di programma al fine di gestire al meglio le squadre operative in missione.

INFORMAZIONI DI BASE PER IL VOLONTARIO

- Gli operatori sostengono a proprie spese i costi relativi al volo ed alla sistemazione alberghiera.
- La prenotazione del volo spetta al volontario in base alle indicazioni ricevute nella mail da parte del nostro staff.
- La prenotazione dell'albergo viene generalmente fatta dal nostro staff per garantire ai volontari di essere tutti insieme oltre che per avere delle tariffe agevolate.
- Qualora il volontario avesse però altre esigenze, economiche o di natura personale, potrà provvedere alla prenotazione dell'albergo autonomamente facendolo presente ad Antonela nel momento della ricezione della mail di conferma iscrizione.

-

IMPORTANTE!

Overland for smile® fornisce la logistica degli spostamenti settimanali da e per gli aeroporti (solo per l'aeroporto indicato nella mail che vi verrà inviata e secondo i tempi e i giorni

previsti), assistenza continua a tutti i livelli, anche mediante il prezioso supporto di 2/3 interpreti costantemente presenti, e le cene (se i fondi raccolti lo consentono).

- Sono esclusi e quindi a carico del volontario: i pranzi, per i quali verrà raccolta una cassa comune con i membri della propria squadra; e la cena finale del venerdì sera che i volontari offrono allo staff presente in missione.

Le cene sono a carico della ONLUS fatta eccezione degli extra budget (qualora ci fossero) che sono a carico della squadra.

DOMANDE FREQUENTI DEL VOLONTARIO:

- La Romania, paese in cui saremo per l'intera missione 2019, è membro dell'Unione Europea dal 1° gennaio 2007, ma attualmente usa ancora la sua valuta, il *leu rumeno*. Il cambio degli euro in *lei rumeni* per i volontari potrà essere

effettuato una volta arrivati in missione insieme agli altri componenti della squadra.

- Quest anno l'aeroporto d'arrivo sarà per tutti CRAIOVA, per il quale vi segnaliamo le opzioni migliori in base alle nostre indicazioni per gli spostamenti da e per l'aeroporto

Per i volontari dal sud Italia ci sono i voli:

DA ROMA CIAMPINO per CRAIOVA con partenza alle 14.10 e arrivo alle 17.10

Per i volontari dal nord Italia ci sono i voli:

DA BOLOGNA per CRAIOVA con partenza alle 21.00 e arrivo alle 23.45

Ovviamente questi sono quelli che noi suggeriamo, ma ciascuno sarà libero eventualmente di scegliere altre soluzioni provvedendo però in autonomia agli spostamenti da e per Slatina, sede della missione 2019.

QUELLO CHE CHIEDIAMO E' CHE TUTTI I VOLONTARI SIANO NELL' ALBERGO INDICATO ENTRO IL SABATO SERA IN MODO CHE SI POSSANO INIZIARE I LAVORI, COME SEMPRE, LA DOMENICA MATTINA.

Il ritrovo per i volontari sarà agli “ARRIVI” dell’aeroporto.

IMPORTANTE: *per quanto riguarda la prenotazione del volo per il rientro in Italia al termine della missione sarete liberi di prenotarelo all’ora che più vi sarà comoda.*

- Non è possibile indicarvi una cifra di spesa complessiva per la settimana in arancione perchè ogni anno è differente in base a: posto in cui stiamo, aeroporti d’arrivo e strutture alberghiere in cui alloggiamo. Indicativamente tra i 300 e i 500 euro.
- Non dovete portare mascherine o guanti. Sul camion è presente tutto il materiale monouso che potrà servirvi durante la settimana di missione.
- Spesso molti volontari vorrebbero omaggiarci di materiali e/ o strumenti che non utilizzano più. Vi chiediamo, qualora vi capitasse, di contattarci per capire se possa essere fattibile o meno dati gli spazi ristretti che abbiamo sul camion per le scorte di materiale necessario per tutti i mesi di missione.
- L’organizzazione mette a disposizione il motore endodontico NSK Endo-Mate ed il fornetto Thermo-GP, ma non gli

strumenti Ni-Ti e gli otturatori termoplastici endodontici, a causa del gran numero di colleghi che li utilizzano e della difficoltà di monitoraggio del grado di usura. I Medici-Odontoiatri che desiderano eseguire l'endodonzia mediante strumenti rotanti sono invitati a portare con sé le proprie punte.

- Non ci sarà a disposizione la peripress. Chiunque può portarsela comprensiva di aghi.

- I volontari che desiderano portare medicinali per la missione sono pregati di contattare l'organizzazione per ricevere indicazioni circa la tipologia, dal momento che verranno standardizzate le terapie somministrate: mail: paola.teti@overlandforsmile.it

- Si consiglia di verificare se la copertura della propria R.C. Professionale copre anche paesi esteri. In caso la copertura non sia automatica si prega di effettuare l'estensione per la Romania. Coloro che fossero sprovvisti di assicurazione son pregati di contattare telefonicamente [Cinzia 335 6229203](tel:3356229203).

IMPORTENTE!

Come gli scorsi anni sarà obbligatorio per i volontari associarsi alla Onlus versando un contributo di 30,00 euro durante la missione.

**Per informazioni scrivere a : paola.teti@overlandforsmile.it
o chiamare il numero: [3355276832](tel:3355276832) (Paola)
da lunedì a venerdì dalle 13 alle 14.
Sabato dalle 11 alle 12.**