

Oggetto: Soggiorno marino per diversamente abili

In riferimento all'avviso pubblicato da Codesta Amministrazione per la partecipazione al soggiorno

Il/la sottoscritto/a _____
o esercente la potestà nei confronti del dsabile _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
email _____ C.F. _____
recapito telefonico familiare per eventuali necessità (obbligatorio) _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al soggiorno climatico per diversamente abili, organizzato dai Servizi Sociali di codesto Comune.
Ai sensi del D.P.R. 445 del 2000

DICHIARA

che durante il soggiorno sarà costantemente assistito da: (compilare solo se si ha diritto all'accompagnamento)

Signore/ra _____
nato/a _____ il _____ residente in _____
via/p.zza _____ telefono _____
relazione di parentela _____

Firma per accettazione

- di accettare l'inserimento al gruppo secondo quanto stabilito dall'Ufficio comunale;
- di essere a conoscenza che la presente domanda non vincola l'Amministrazione Comunale alla realizzazione del soggiorno, per cui accettano ogni decisione, qualora il soggiorno non venisse effettuato;
- di raggiungere la struttura alberghiera con auto propria.

- N.B.**
- si rammenta che non potranno partecipare al soggiorno le persone che hanno compiuto il 60° anno di età;
 - possono inoltrare domanda solo coloro che pur avendo compiuto il 60° anno di età non sono deambulanti;
 - sono esclusi coloro la cui disabilità derivi da patologie connesse al processo d'invecchiamento;
 - **Si precisa che per quanto riguarda i diversamente abili nati prima del 2001 è dovuta una quota di € 350,00 per l'accompagnatore.**

- Si allegano:**
- Certificato medico (come da modello allegato);
 - Certificato di invalidità dal quale risulti il diritto all'indennità di accompagnamento;
 - Certificazione attestante la gravità dell'handicap rilasciata dalla Commissione integrata individuata dall'art. 4 Legge 104/92;
 - Copia del documento di riconoscimento dell'accompagnatore;
 - Ricevuta versamento quota accompagnatore;

Luogo e Data

Firma

--

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it

CERTIFICAZIONE MEDICA
(soggiorno estivo diversamente abili)

Nome e Cognome

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email

NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE
(da indicare a cura del medico curante)

Diagnosi:

Terapie praticate nell'ultimo anno:

Patologie invalidanti:

Presenza di patologie invalidanti? SI NO

La disabilità deriva da patologie connesse all'invecchiamento? SI NO

Grado di invalidità Accompagno? SI NO

Portatore di protesi? (articolari, supporti cardiaci, auricolari etc.) SI NO

Se portatori di protesi indicare il tipo:

Eventuali esenzioni per patologia, indicare il Codice:

Luogo e Data

Il medico curante (timbro e firma)

Informativa ai sensi dell'art. 11 del Dlgs. 196/03 e convertito con Legge n. 45 del 26.02.04 e successive modifiche ed integrazioni, i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.

Io sottoscritto/a autorizzo il Dr.
 alla compilazione della presente
scheda medica contenente dati personali.