

Oggetto: Soggiorno marino terza età

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

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

e il coniuge nato/a a

il residente/i a

in n. CAP

tel. email

recapito telefonico familiare per eventuali necessità (obbligatorio)

CHIEDE/CHIEDONO

di essere ammesso/i al soggiorno marino organizzato dai Servizi Sociali di codesto Comune. Ai sensi del D.P.R. 445 del 2000.

Consapevole che la presente richiesta non è vincolante per l'Amministrazione organizzatrice del soggiorno si chiede:

- di voler stare in stanza con
- di voler stare in stanza singola, e **in tal caso si impegna a pagare il supplemento;**
- di rinunciare al soggiorno qualora non vi sia la disponibilità della stanza singola.

DICHIARA/DICHIARANO

- di avere una attestazione ISEE, in corso di validità, del valore di €
- (coloro che non allegano attestazione ISEE alla domanda, verranno automaticamente inseriti nella fascia di contribuzione più elevata);
- di non presentare attestazione ISEE in quanto rientrante nella quota massima;
- di impegnarsi a versare la somma dovuta;
- di accettare l'inserimento al turno e 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, senza nulla pretendere, fatta salva la restituzione della eventuale somma versata qualora il soggiorno non venisse effettuato.

Si allegano pena esclusione dal soggiorno:

- Attestazione ISEE resa a norma del DPCM 5.12.2013 n. 159, in corso di validità;
- Certificato del medico curante di idoneità alla partecipazione al soggiorno;
- Copia del documento di riconoscimento (per i coniugati documento di entrambi)

Firma

Luogo e Data

Firma del coniuge

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 per terza età)

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:

DICHIARA

Che il paziente è idoneo per il soggiorno marino.

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.