

**Da consegnare entro il 18 Agosto 2023**

**AL COMUNE DI TIVOLI**  
*Settore IV – Welfare*  
*P.zza del Governo, 1*

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO CLIMATICO ESTIVO PER**  
**DIVERSAMENTE ABILI**

In riferimento all'avviso pubblico di codesta Amministrazione per la partecipazione al soggiorno,  
il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esercente la potestà nei confronti del  
disabile \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Tivoli Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
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 che si terrà presso il "Villaggio Welcome" sito in Tortoreto Lido (TE) dal 2 al 12 Settembre.

A tal fine, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite per legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità personale (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

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

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_  
telef. \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

**FIRMA** per accettazione \_\_\_\_\_

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 INOLTRE DOMANDA SOLO COLORO CHE PUR AVENDO COMPIUTO IL 60° ANNO DI ETÀ SONO CARROZZATI;
- ✓ SONO ESCLUSI COLORO LA CUI DISABILITÀ DERIVI DA PATOLOGIE CONNESSE AL PROCESSO D'INVECCHIAMENTO.

**Si precisa che per quanto riguarda i diversamente abili maggiori di anni 21 o, benché minori di anni 21, con valore Isee Ordinario in corso di validità pari o superiore ad € 25.000,00, è dovuta una quota di € 350,00 per l'accompagnatore. La mancata presentazione dell'Isee ordinario comporta il pagamento della quota.**

Al fine dell'ammissione allega alla presente:

- 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;
- Attestazione Isee Ordinario in corso di validità;

Tivoli, \_\_\_\_\_

FIRMA

---

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**

Tivoli, \_\_\_\_\_

FIRMA

---

## **AVVERTENZE**

Sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 72 del D.P.R. 445/00 sulla veridicità delle informazioni fornite, ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D. Lgs. 31.03.1999 n. 109 e *ss.mm.ii.*

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati dichiarati saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini della partecipazione al soggiorno termale estivo.

La quota di partecipazione a carico dell'accompagnatore di **disabile maggiore di anni 21 o minore di anni 21 con Isee Ordinario pari o superiore a € 25.000,00** è stabilita in **€ 350,00**, da versare entro 3 giorni dall'ammissione al soggiorno mediante il sistema PagoPA inserendo come causale **"Soggiorno disabili 2023"**. **La mancata presentazione dell'Isee ordinario comporta il pagamento della quota.**

**N.B. La mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti è pena di esclusione dal soggiorno, ad eccezione dell'Isee.**

Tivoli,

Firma

---

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo il Dr. \_\_\_\_\_ alla compilazione della presente scheda medica contenete dati personali.

Firma \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICA**  
**Soggiorno diversamente abili**

**DICHIARA**

**COGNOME**

**NOME**

nat	a	il	residente a Tivoli
Via	n.	tel.	cell.
Recapito telefonico familiare per eventuali necessità.		Telefono	
<b>Obbligatorio</b>		Cellulare	

Stato di salute

**Diagnosi:**

--

**Farmaci assunti:**

**Terapie praticate nell'ultimo anno:**

--

**Patologie invalidanti**

Presenza di patologie invalidanti?	SI	NO	Grado di invalidità	Accompagno?	SI	NO
La disabilità deriva da patologie connesse all'invecchiamento	SI	NO				

È portatore di protesi?

**SI**

**NO**

(articolari, supporti cardiaci, auricolari etc.)

Se **SI** indicare il tipo

protesi: \_\_\_\_\_

**Eventuali esenzioni per patologia**

**CODICE:**

**È idoneo per il soggiorno climatico**

Tivoli \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del medico

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**