

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

## CERTIFICAZIONE MEDICA

Soggiorno estivo 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:

--

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					

E' portatore di protesi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (articolari, supporti cardiaci, auricolari ecc.....) Se SI indicare il tipo protesi: _____	Eventuali esenzioni per patologia CODICE:
---	---

Tivoli \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del medico  
\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 11 del D.Lvo 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.**

**Da consegnare entro il 26 aprile 2012**

## **AL COMUNE DI TIVOLI**

### **SOGGIORNO MARINO PER DIVERSAMENTE ABILI**

<b>3/16 Giugno 2012</b>	
<b>1/ 15 settembre 2012</b> <b>(per i nati dal 1992)</b>	

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

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_/o esercente la potestà nei confronti del

Disabile \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

via p.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

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**)

_____ Sig. _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via/p.zza _____ telef. _____ relazione di parentela _____ <b>FIRMA</b> 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 HANNOCOMPIUTO IL 60° ANNO DI ETA',**
- **POSSONO INOLTRE DOMANDA SOLO COLORO CHE PUR AVENDO COMPIUTO IL 60° ANNO DI ETA' SONO CARROZZATI;**
- **SONO ESCLUSI COLORO LA CUI DISABILITA' DERIVI DA PATOLOGIE CONNESSE AL PROCESSO D'INVECCHIAMENTO.**

**Si precisa che per quanto riguarda i diversamente abili nati prima del 1992 è dovuta una quota di € 300,00 per l'accompagnatore.**

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
- Ricevuta versamento quota accompagnatore

Tivoli

FIRMA

---

**Informativa ai sensi dell'art. 11 del D.Lvo 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**