

SCADENZA 24 MAGGIO 2017

AL COMUNE DI TIVOLI

SOGGIORNO MARINO PER DIVERSAMENTE ABILI

1 Giugno al 15 GIUGNO 2017	
26 Agosto al 9 Settembre 2017 (per i nati dal 1997)	

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 _____

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 INOLTRE 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 che abbiano compiuto il 18° anno di età è dovuta una quota di compartecipazione di € 350,00 per l'accompagnatore, da versare sul c/c postale n. 33903014 intestato a :

Comune di Tivoli –causale quota sogg. disabili

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

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
Obbligatorio	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? (articolari,supporti cardiaci, auricolari ecc.....) Se SI indicare il tipo protesi:_____	☐ SI ☐ NO	Eventuali esenzioni per patologia CODICE:
---	---	---

Tivoli _____

Timbro e firma leggibile del medico
