

SCADENZA 27 MAGGIO 2016

AL COMUNE DI TIVOLI

SOGGIORNO MARINO PER DIVERSAMENTE ABILI

2 Giugno al 16 GIUGNO 2016	
27 Agosto al 10 Settembre 2016 (per i nati dal 1996)	

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 € 300,00 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? ☐ SI ☐ NO (articolari, supporti cardiaci, auricolari ecc.....) Se SI indicare il tipo protesi: _____	Eventuali esenzioni per patologia CODICE: _____
---	--

Tivoli _____

Timbro e firma leggibile del medico
