



**COMUNI DI**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI INTERESSATI  
A PARTECIPARE AI SOGGIORNI ESTIVI PER PERSONE ADULTE CON DISABILITA'  
IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA**

**ANNO 2024**

**SPETT.LE CONSORZIO  
VALLE DEL TEVERE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 FORMELLO (RM)

*(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore della persona con disabilità)*

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

residente in (Comune)..... Prov. ....

Via ..... CAP.....

tel.....cell.....e-mail .....

**in qualità di genitore/ tutore di:**

*(Generalità della persona con disabilità)*

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita .....

rapporto di parentela.....

residente in (Comune)..... Prov. ....

Via ..... CAP .....

DIAGNOSI (come riportato da verbale invalidità)

.....  
.....

AUSILIO DI CARROZZELLA  SI  NO



**COMUNI DI**

**CHIEDE**

**che la persona con disabilità sopra indicata possa essere ammessa alla partecipazione al soggiorno estivo per persone con disabilità - anno 2024, e sceglie la seguente modalità:**

- SOGGIORNO DI GRUPPO
- SOGGIORNO INDIVIDUALE

**A TAL FINE**

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,**

**DICHIARA**

**che la persona per la quale si richiede l'ammissione in graduatoria:**

- è residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
- ha un'età superiore ai 16 e inferiore ai 66 anni;
- è in carico ai servizi socio-sanitari, ovvero inseriti presso una struttura riabilitativa semiresidenziale o non residenziale, per i quali l'UVMD abbia espresso una valutazione positiva sull'opportunità di integrare il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e/o del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) con la fruizione di soggiorni-vacanza, coerentemente agli obiettivi terapeutici e di reinserimento psicosociale del soggetto disabile;
- è compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all'aperto e al mare, ecc.), riscontrabile mediante certificato del Medico di Medicina Generale o Medico Specialista del S.S.N., allegato alla domanda;
- è in possesso dell'attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013, pari ad € \_\_\_\_\_ -  
Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) prot. INPS – ISEE \_\_\_\_\_



**COMUNI DI**

**FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI:**

Dichiara di:

- NON fruire di alcun servizio sanitario e  
socio-sanitario
  
- di fruire dei seguenti servizi erogati in convenzione  
dalla ASL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- di fruire dei seguenti servizi erogati dal Consorzio  
Valle del Tevere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- di fruire dei seguenti servizi erogati dal Comune di  
residenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allega alla presente domanda i seguenti documenti:**

1. Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'utente partecipante;
2. Certificazione medica rilasciata dal medico di famiglia o dello specialista del S.S.N. circa l'idoneità dell'utente alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
3. Copia dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;



**COMUNI DI**

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio Valle del Tevere, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679.*

**Luogo e Data .....**

**Firma del genitore/tutore**

.....

**NOTA ESPLICATIVA ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

I richiedenti dovranno produrre una certificazione aggiornata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista del S.S.N., che attesti che l'utente:

1. non presenti patologie croniche od acute per cui necessiti di assistenza medica e/o infermieristica;
2. non presenti eventuali allergie a farmaci e/o ad altre sostanze;
3. non presenti intolleranze alimentari, o qualora presenti, indicare le precauzioni da adottare sul piano dietetico o in altri ambiti;
4. non presenti eventuali controindicazioni di salute al soggiorno in località marine;
5. si adatti alla vita di comunità;
6. che non sia nelle condizioni di recare danno a sé stesso, agli altri e alle strutture.

**LA SUDETTA CERTIFICAZIONE DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA DOMANDA.**

Coloro che assumono farmaci, di qualsiasi tipo, anche in modo occasionale, dovranno portarne con sé la quantità necessaria al periodo del soggiorno, insieme alla **PRESCRIZIONE MEDICA ORIGINALE DEI MEDESIMI FARMACI CON L'INDICAZIONE DEL DOSAGGIO ESATTO E DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE**, a firma del medico curante e dovranno consegnarla al momento della partenza.

Il giorno della partenza, è inoltre necessario portare le copie di:

- documento di identità in corso di validità;
- libretto sanitario;



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

- certificazione verde (green pass) in corso di validità;
- esenzione ticket;
- una nota con tutti i recapiti telefonici dei familiari, cellulari compresi.

Coloro che lo desiderano potranno allegare un elenco degli effetti personali per evitare problemi riguardo ad eventuali smarrimenti durante il soggiorno.

**Questo promemoria non deve essere riconsegnato ma deve rimanere agli utenti**