



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	

**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