



Prot. Asl Roma 3 n. _____ del _____

All.A

Richiesta di partecipazione ai Soggiorni Estivi ASL/Comune per l'anno 2020

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Per il minore (cognome e nome) _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale: _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Telefono fisso _____ e-mail _____

Stato civile _____ Amm.ne di Sostegno SI NO Inabilit.ne/Interd.ne SI NO

I, C. ___ % Indennità d'accompagnamento SI NO L. 104/92 SI NO HG SI NO L.68/99 SI NO

Minore indennità frequenza SI NO accompagnamento SI NO

altri redditi _____

Tipo di disabilità: fisica psichica psico-fisica sensoriale

Chiede

di partecipare ai Soggiorni Estivi Riabilitativi organizzati da codesto Servizio in forma
di gruppo individuale

Persona di riferimento _____ Tel _____

Il sottoscritto dichiara di aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nel:

2018 a _____ dal _____ al _____

2019 a _____ dal _____ al _____

Il reddito personale 2019 è costituito da: assegno I.C. ind. Acc. ind. freq. p.
reversibilità altro _____

Cognome e nome _____ tipo di legame di parentela o
giuridico _____ Recapito _____

- Per la compartecipazione degli utenti lavoratori, che usufruiranno del soggiorno di GRUPPO, dovranno effettuare, prima della partenza, il versamento con causale " COMPARTICIPAZIONE SPESA SOGGIORNI ESTIVI 2020 UTENTE..." sul Conto corrente intrattenuto dalla ASL Roma 3 presso BNL gruppo BNL Paribas – AG 64-04 Roma Acilia, al seguente codice **IBAN** : **IT53X010050326600000218000**

Per eventuale trasmissione utilizzando posta elettronica (in allegato il verbale di invalidità civile, L104 e ISEE):

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti1@aslroma3.it	utenti di	Fiumicino
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti2@aslroma3.it	utenti di	Ostia Mun X
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti3@aslroma3.it	utenti di	Mun XI
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti4@aslroma3.it	utenti di	Mun XII

La parte che segue è da compilare a cura della Asl

Valutazione : soggiorno di gruppo individuale

forte disagio economico/sociale priorità urgenza _____
è seguito dal servizio con continuità SI NO oppure viene solo per presentare
istanza di soggiorno estivo
 è grande invalido INAIL
Non è partito nel 2019 Non ha mai usufruito del soggiorno estivo
Non ha attivo nessun servizio perché in lista di attesa
Frequenta centro diurno ex art 26 che non effettuerà soggiorno estivo

Il medico _____ L'assistente sociale _____