

**REGOLAMENTO DEI SOGGIORNI DI VACANZA  
ASL ROMA 3 E MUNICIPI X-XI-XII DEL COMUNE DI ROMA E COMUNE DI FIUMICINO  
ANNO 2024**

**Premessa**

I soggiorni di vacanza rappresentano un'occasione significativa per la prosecuzione e verifica del Progetto Riabilitativo personalizzato della persona predisposto dall'équipe ASL di presa in carico.

I soggiorni di cui al presente regolamento sono normati da: delibera del Consiglio Regionale 730/88, Circolari regionali dell'Assessorato Enti Locali nn.30/89, 724/93 e 588/95, legge regionale 38/96 e DGR n. 501 del 10/04/2001, successivamente integrata dalla DGR 418/2017, nelle quali viene sancita la competenza delle ASL nella gestione dei soggiorni vacanza per persone con disabilità, quale prosecuzione, in località climatica, dei trattamenti riabilitativi abitualmente erogati agli aventi diritto ed inoltre dalla DGR 418/2017, ribadita con nota n. 326231 del 29.04.2019 dalla Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale Area Politiche per l'Inclusione.

Considerato il carattere sia sanitario che socio-assistenziale dei soggiorni stessi, viene stabilito che le relative spese di gestione siano ripartite, come di seguito specificato, tra Amministrazioni Comunali ed ASL.

Alle Amministrazioni Comunali sono attribuiti gli oneri alberghieri, di trasporto, assicurativi ed economici relativi agli utenti.

Alla ASL sono attribuiti gli oneri relativi al compenso per le prestazioni lavorative, spese alberghiere, di trasporto, assicurative, relative agli operatori impiegati nei soggiorni, siano essi dipendenti e/o in convenzione, appartenenti a Cooperative/Associazioni.

I servizi della ASL ROMA 3 che organizzano i soggiorni per persone con disabilità di cui al presente Regolamento sono:

- per i minori dai 14 ai 18 anni non compiuti in carico al servizio TSMREE;
- per le persone dai 18 ai 65 anni in carico alla UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, nelle sue articolazioni distrettuali dei 4 servizi disabili adulti:

## **SOGGIORNI DI VACANZA PER DISABILI ADULTI E MINORI**

### **1. Finalità e tipologia dell'intervento**

Nell'ambito del progetto riabilitativo individuale predisposto dai servizi TSMREE e Disabili Adulti distrettuali della UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, le finalità dell'intervento sono:

- la verifica degli interventi riabilitativi attuati nel corso dell'anno;
- favorire l'integrazione sociale e realizzare percorsi di autonomia personale;
- favorire la realizzazione di un periodo di vacanza in un contesto non familiare, con l'aiuto di personale specializzato;
- acquisire nuove capacità adattative e l'integrazione psicosociale tra pari anche finalizzata a creare gruppi appartamento o moduli abitativi per favorire autonomia da nucleo d'origine nello spirito della L.R. n. 11/2016;
- favorire inclusione sociale e dare sollievo alle famiglie.

A tal fine il Servizio Disabili Adulti, nelle articolazioni distrettuali, ricevute le richieste anche dei minori del TSMREE, promuove diverse tipologie di soggiorni riabilitativi:

1. soggiorni di gruppo, in ragione di un'organizzazione specificamente dedicata;
2. soggiorni individuali per vacanze in autonomia, con l'aiuto di personale specializzato o di un familiare.

I soggiorni possono essere svolti in diverse modalità, quali: autogestita (svolgimento in gruppo e in modo autonomo delle attività solitamente svolte dalle strutture alberghiere), gita (senza pernottamento), fine settimana (con un pernottamento), o soggiorni di breve durata (dai tre a sei giorni), tradizionali (otto giorni e sette notti).

### **2. Destinatari dell'intervento**

Il soggiorno di cui al presente regolamento viene erogato solo a favore di cittadini con disabilità minori e adulti, residenti nel territorio della ASL ROMA 3 regolarmente seguiti dai servizi TSMREE (almeno un accesso nell'ultimo anno) e Disabili Adulti e in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap ai sensi della legge n. 104/92.

Per presa in carico si intende la predisposizione di un progetto socio riabilitativo elaborato durante l'anno con l'utente o suo legale rappresentante



### **3. Criteri di priorità**

- Certificazione di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità ai sensi della legge n. 104/92; per minori invalidità con indennità di frequenza;
- La non fruizione di altri contributi finanziari da parte di altri soggetti pubblici;
- Età massima di anni 65;
- Situazione socio-familiare – ambientale;
- Situazione economica (ISEE);
- Minore età non inferiore ai 14 anni.

Le persone in trattamento presso i Centri e/o Istituti di riabilitazione accreditati a regime residenziale e semiresidenziale potranno rivolgersi a detti Centri/Istituti per usufruire dei soggiorni riabilitativi come stabilito dalla DGR n. 501/01 e dalla DGR 418/2017. Nel caso in cui il Centro/Istituto non si attivi per l'organizzazione del soggiorno, la ASL potrà prendere in considerazione tali richieste compatibilmente con le disponibilità e previa valutazione di pertinenza progettuale.

### **4. Modalità presentazione domanda**

Il soggiorno è concesso a seguito di presentazione di domanda da parte del richiedente o chi per esso/a, che dovrà produrre contestualmente, qualora non già in possesso dei servizi, certificazione ISEE e/o DSU completa con scadenza al 31.12.2024, copia di certificazione di invalidità civile e di L. 104/92. La suddetta documentazione deve essere in corso di validità.

L'incompleta produzione della documentazione – non prodotta in tempo al momento della pubblicazione della graduatoria - sarà motivo di esclusione e/o di inserimento come riserva in graduatoria.

La presentazione della domanda deve avvenire attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato A, da consegnare, per i minori, al TSMREE e, per gli adulti, al Servizio Disabili Adulti del distretto ASL di appartenenza previo appuntamento telefonico o tramite e-mail riportando come oggetto: "Domanda Soggiorno di vacanza anno 2024".

Ogni domanda sarà protocollata e verrà registrato il numero di protocollo. Entro 15 giorni dal termine di presentazione delle domande i richiedenti potranno avere notizie circa l'accoglimento della domanda e l'eventuale posizione in graduatoria consultando il sito della ASL Roma 3.



La domanda del Soggiorno di Vacanza va presentata esclusivamente al Servizio competente per residenza:

- [serviziodisabiliadulti1@aslroma3.it](mailto:serviziodisabiliadulti1@aslroma3.it) (Comune di Fiumicino)
- [serviziodisabiliadulti2@aslroma3.it](mailto:serviziodisabiliadulti2@aslroma3.it) (Municipio 10)
- [serviziodisabiliadulti3@aslroma3.it](mailto:serviziodisabiliadulti3@aslroma3.it) (Municipio 11)
- [serviziodisabiliadulti4@aslroma3.it](mailto:serviziodisabiliadulti4@aslroma3.it) (Municipio 12)
- [tsmree.ostia@aslroma3.it](mailto:tsmree.ostia@aslroma3.it) (Municipio 10)
- [tsmree.acilia@aslroma3.it](mailto:tsmree.acilia@aslroma3.it) (Municipio 10)
- [tsmree.d3@aslroma3.it](mailto:tsmree.d3@aslroma3.it) (Municipio 11)
- [tsmree.d4@aslroma3.it](mailto:tsmree.d4@aslroma3.it) (Municipio 12)
- [uo.tsmreepsy@aslroma3.it](mailto:uo.tsmreepsy@aslroma3.it) (Fiumicino)

Al fine di stabilire la priorità nell'accesso verrà formulata una graduatoria unica aziendale per i distretti ASL ROMA 3 del Comune di Roma ed una per il Comune di Fiumicino degli aventi diritto in base al maggior punteggio ottenuto applicando i seguenti criteri di priorità fino ad esaurimento delle risorse finanziarie stanziare dalle Amministrazioni comunali e dalla ASL ROMA 3 (secondo la ripartizione stabilita dalla Delibera Regionale 501/01 e successivi aggiornamenti).

Il TSMREE farà pervenire per i minori in carico entro 10 giorni dal termine di presentazione delle domande al Servizio Disabili Adulti del relativo Distretto di residenza dell'utente la valutazione con indicazione dell'impegno assistenziale di ciascun minore con relativa assegnazione del punteggio valutato dalla equipe.

**Le due graduatorie saranno pubblicate sul sito della ASL ROMA 3, riportando il numero di protocollo ASL e le iniziali della persona.**

## 5. Tabella punteggi Sig./Sig.ra

### Invalidità Civile e Legge n. 104/92

a)	Da 46% a 73 %	4,6 - 7,3
b)	Da 74% a 100%	7,4 - 10
c)	100% + indennità di accompagnamento/ indennità di accompagnamento minori	12
d)	Legge 104/92 in condizione di gravità art. 3 com.3	12
e)	Legge 104/92 in condizione di non gravità art. 3 com.1	8
f)	Indennità di frequenza minori	8

### Situazione nucleo convivente

Età del genitore più anziano/coniuge/età del figlio più piccolo, vive con un solo familiare:

a)	Da 65 a 69	1
b)	Da 70 a 75 o da 11 a 15	2
c)	Da 76 a 80 o da 7 a 10	3
d)	Oltre 81 o da 0 a 6	4
e)	Persona sola (o con badante o parenti che non sono genitori o coniugi)	5
f)	Vive con un solo familiare (solo genitore o coniuge)	6
e)	Nucleo convivente con altri familiari in situazione di handicap grave o equivalente	7

### Indicazioni del Servizio Disabili Adulti/TSMREE

a)	Nucleo familiare con forte disagio sociale e/o economico	2-4-6-8-10
b)	Priorità/Urgenza per l'attuazione del progetto riabilitativo	2-4-6-8-10



### Partecipazione soggiorni di vacanza

a) Non ha mai partecipato a soggiorni vacanza	<b>3</b>
b) Ha partecipato a soggiorni vacanza una sola volta	<b>2</b>
c) Ha partecipato ogni anno a soggiorni vacanza	<b>1</b>
d) Non ha partecipato al soggiorno vacanza nel 2023 pur avendo presentato domanda	<b>1</b>

### Situazione Economica - ISEE PRESENTATO

Da 0 a 8.000,00€	4
Da 8.000,00€ a 13.000,00€	3
Da 13.000,00€ a 25.000,00€	2
Da 25.000,00€ a 50.000,00 €	1
Oltre 50.000,00 €	0

- A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per persona nelle 24 ore
- B. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 persone nelle 24 ore
- C. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 persone nelle 24 ore.
- D. Altissima intensità: 2 operatori per persona per le seguenti motivazioni (da dettagliare con apposita relazione da allegare):

### Finalità Soggiorno:

- la verifica degli interventi riabilitativi attuati nel corso dell'anno; favorire l'integrazione sociale e realizzare percorsi di autonomia personale
- favorire la realizzazione di un periodo di vacanza in un contesto non familiare, con l'aiuto di personale specializzato;
- acquisire nuove capacità adattative e l'integrazione psicosociale tra pari anche finalizzata a creare gruppi appartamento o moduli abitativi per favorire autonomia da nucleo d'origine nello spirito della L.R. n. 11/2016 o consolidare la coabitazione futura con il gruppo di pari in considerazione del progetto L.112/16 ovvero convivenza in essere dopo di noi o percorsi in essere durante noi
- favorire inclusione sociale e dare sollievo alle famiglie.
- Altro \_\_\_\_\_

Punteggio: \_\_\_\_\_

Firma e timbro operatori Servizio Disabili Adulti/TSMREE:

Data \_\_\_\_\_

## **6. Livello di intensità assistenziale**

Per la definizione del livello di intensità assistenziale si fa riferimento alle indicazioni dell'équipe di presa in carico del TSMREE o del Servizio Disabili Adulti, anche in relazione alla composizione del gruppo che si andrà a costituire per il soggiorno.

Sia per i soggiorni di gruppo sia per quelli individuali, per determinare il livello assistenziale dei richiedenti, si utilizzeranno le scale ADL e IADL e la scheda informativa individuale.

A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per persona nelle 24 ore

B. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 persone nelle 24 ore

C. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 persone nelle 24 ore.

In casi eccezionali in presenza di persone con disabilità gravissima che necessitano di assistenza h 24 il rapporto operatore/persona sarà di 2/1, previa valutazione della équipe valutativa sull'appropriatezza del soggiorno.

Per il soggiorno individuale è previsto di norma 1 operatore per persona nelle 24 ore.

## **7. Rinuncia da parte del richiedente**

La rinuncia al soggiorno deve essere comunicata tempestivamente e personalmente dal richiedente e per iscritto, al servizio di TSMREE o al servizio Disabili Adulti di appartenenza, al fine di poter inserire altre persone presenti in graduatoria, a parità di impegno assistenziale ed economico.

Le rinunce tardive non costituiranno motivo di esclusione ai soggiorni futuri solo se motivate da gravi e comprovati impedimenti (gravi problemi di salute, lutti, ecc).

## **8. Motivo di esclusione**

Non verranno autorizzate le richieste di persone che hanno rinunciato tardivamente senza valido motivo negli anni precedenti.

## **9. Persone ospiti in Centri di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78**

Per le persone ospiti nei centri di riabilitazione ex articolo 26 legge 833 78 sarà possibile la partecipazione ai soggiorni di cui al presente regolamento, a condizione che gli stessi centri dichiarino per iscritto, che non effettuano soggiorni. Solo in questo caso tali persone verranno inserite in coda alla graduatoria delle persone in carico presso il TSMREE o servizio Disabili Adulti, compatibilmente con la disponibilità economica (ASL- Comune).

## **10. Incontri con persone, Enti del Terzo settore.**

Il servizio Disabili Adulti e il TSMREE dei Distretti Sanitari del Comune di Fiumicino e Municipio X, XI e XII del Comune di Roma, effettueranno incontri con i richiedenti, gli enti del terzo settore individuate dagli stessi, al fine di condividere la pianificazione dei gruppi, i programmi e la scelta delle strutture ospitanti.

La scelta della località, strutture e servizi di trasporto, deve essere effettuata tenendo conto della convenienza economica e del rispetto di standard qualitativi adeguati alla piena realizzazione dei programmi socio-riabilitativi e delle caratteristiche specifiche del gruppo (assenza di barriere architettoniche, possibilità di Integrazione sociale ecc.).

Le località vengono scelte di norma all'interno della Regione Lazio e eventualmente altre regioni confinanti e non, eventuali deroghe dovranno essere concordate con i servizi e dagli stessi autorizzate. Gli utenti sottoscriveranno la dichiarazione di partecipazione, di cui All. B.

Le spese dovranno rispettare i limiti e i costi previsti dalla programmazione annuale ASL e dal disciplinare del Comune di Roma e del Comune di Fiumicino, i tetti di spesa e l'individuazione dei gruppi, per ciascun ETS, saranno oggetto di specifica delibera aziendale. Ogni possibile fattore di risparmio consentirà la partecipazione di un maggior numero di persone e/o l'effettuazione di più giorni di soggiorno.

È indispensabile assicurarsi che le strutture siano poste nelle vicinanze di presidi sanitari a provvedere a qualsiasi urgenza.

A conclusione del soggiorno, entro 30 giorni, gli Enti del terzo settore, presenteranno una dettagliata relazione sullo svolgimento degli stessi, indicando per ogni partecipante gli obiettivi raggiunti e potranno incontrare i servizi ASL per eventuali chiarimenti.

## **11. Soggiorni individuali**

Per accedere a questo tipo di soggiorno, va presentata dal richiedente, regolare domanda di accesso (All. A). Al progetto, concordato con il servizio di riferimento, deve attenersi l'accompagnatore che prende in carico la persona con disabilità.

L'equipe della ASL dovrà valutare l'opportunità per la persona di usufruire del soggiorno individuale e non di gruppo, nelle modalità più idonee (es. settimana, gite senza pernottamento week end brevi).



Qualunque modifica al progetto deve essere preventivamente autorizzata dal servizio Disabili adulti o TSMREE.

E' possibile usufruire di soggiorni realizzati da associazioni sportive o di altro tipo, previa presentazione del progetto all' equipe ASL competente per territorio, nei termini precedentemente disposti.

Una volta accolta positivamente la domanda gli operatori dei servizi competenti informeranno a persona sul fondo assegnato (quota ASL - Comune per rimborso spesa) ed insieme compileranno e sottoscriveranno il piano di intervento per il soggiorno individuale.

La persona al rientro dal soggiorno dovrà presentare regolare documentazione fiscale attenendosi alle istruzioni ricevute e al modello predisposto e sottoscritto (All. C) attraverso: fatture intestate alla stessa, scontrini parlanti, assegni bancari o vaglia postali con dichiarazione sottoscritta da parte dell'operatore di aver effettuato il soggiorno con il relativo foglio-firma allegato controfirmato anche dal genitore o rappresentante legale della persona, specificando la prestazione erogata.

In caso di accompagnamento da parte dei familiari, si provvederà a riconoscere solo le spese alberghiere, vitto ed alloggio della persona con disabilità.

La rendicontazione delle spese dovrà essere distinta per gli operatori e le persone con disabilità e dovrà riportare le singole voci. (albergo, trasporto, ecc..).

Tutta la documentazione fiscale dovrà essere prodotta in fotocopia e scansionata, e dovrà essere consegnata al Servizio Disabili Adulti entro max 30 giorni dalla data di conclusione del soggiorno. Solo per i soggiorni effettuati nel mese di dicembre 2024 la rendicontazione potrà essere prodotta entro e non oltre il 10.01.2025.

## **12. Motivi di esclusione dal soggiorno individuale**

L'accertamento di uno scorretto utilizzo dei fondi assegnati o lo svolgimento di attività con finalità diverse da quelle concordate comporta l'esclusione dai soggiorni individuali per gli anni successivi.

## **13. Monitoraggio del Servizio Disabili Adulti**

Sarà possibile da parte del Servizio Disabili Adulti, effettuare sopralluoghi a campione presso le strutture alberghiere nelle località autorizzate.

**Richiesta di partecipazione ai Soggiorni di Vacanza ASL/Comune per l'anno 2024**



### Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

In favore della persona disabile adulto/minore (cognome e nome)

\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Amm.ne di Sostegno SI NO Inabilit.ne/Interd.ne SI NO

I.C. \_\_\_\_\_ % Indennità di Accompagnamento SI NO L.104/92 SI NO Comma \_\_\_\_\_

L.68/99 SI NO Minore con indennità di frequenza SI NO Accompagno SI NO

In attesa di revisione per Invalidita' Civile

Tipo di disabilità: Fisica Psichica Psico-fisica Sensoriale

Diagnosi \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (da contattare per la presente istanza) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### chiede

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

preferibilmente nel mese di \_\_\_\_\_ con il seguente Ente Gestore \_\_\_\_\_

località: Marina  Montana , con esclusione, per motivi di salute, di \_\_\_\_\_

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



2021 località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2022 località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2023 località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il **reddito personale 2024** è costituito da: assegno I.C.  Ind. Acc.  Ind. Freq.

Reversibilità  altro \_\_\_\_\_

Lavoro dipendente  t.p.  p.t.  (max 24 ore sett.li) pensione da lavoro  inabilità

Assegno di inclusione SI NO Importo \_\_\_\_\_

ricevuto fino al \_\_\_\_\_

#### Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela	di IC (%)	L 104/92

Vivo/e: da solo  con un badante  con un solo familiare  con più familiari

Altro \_\_\_\_\_

Durante l'anno il sottoscritto usufruisce dei seguenti servizi:

Centro diurno sociale  \_\_\_\_\_ Centro diurno ex art 26  \_\_\_\_\_

Centro ex art 26 domiciliare  \_\_\_\_\_ h/sett \_\_\_\_\_ Assegno di cura  \_\_\_\_\_

Assistenza CAD  (tipo e frequenza) \_\_\_\_\_, SAISH  (prest. sett.li) \_\_\_\_\_

Assistenza domiciliare indiretta  € \_\_\_\_\_

Scuola  \_\_\_\_\_ Formazione professionale  \_\_\_\_\_ Tirocinio/Laboratorio

\_\_\_\_\_ Home Care Premium  Fruizione Buono servizio E-family

Bonus Psicologo  Progetto in essere del "Durante e dopo di noi"  Residenzialità



- Dichiaro inoltre di non aver presentato domanda per nessun altro contributo vacanza
- Confermo che in caso di fruizione di altro soggiorno vacanza da altri Enti ne darò prontamente notizia al Servizio.

Il sottoscritto prende atto che la presentazione della domanda non offre certezza di partecipazione essendo, questa, subordinata alle disposizioni aziendali, al finanziamento (ASL e Comune) e alla valutazione tecnica di codesto Servizio. Sono consapevole, inoltre, che sarà **elaborata un'unica graduatoria per i Municipi X, XI e XII del Comune di Roma ed una per i residenti nel Comune di Fiumicino, le graduatorie saranno pubblicate sul sito aziendale, [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it).**

Ai sensi del D.L.vo 196/03, autorizzo il trattamento dei dati personali richiesti solo ed esclusivamente per fini organizzativi interni al Servizio. Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**N.B:** se le notizie sono state fornite da persona diversa dal richiedente indicare:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

tipo di legame di parentela o giuridico \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

NB. Gli allegati B e C non devono essere compilati dall'utenza al momento della presentazione della domanda del soggiorno Vacanza.



AII. B

### Richiesta partecipazione Soggiorno di Vacanza Individuale anno 2024

Distretto Sanitario Municipio .....

Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

Il/La sottoscritto sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residente nel  Municipio \_\_\_\_\_

Comune di Fiumicino domiciliato/a in \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA per l'utente (nome e cognome)** \_\_\_\_\_

di effettuare il soggiorno vacanza individuale 2024

In località \_\_\_\_\_ nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con lo scopo di raggiungere gli obiettivi di:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inoltre dichiaro al fine di ricevere il rimborso previsto di:**

**A)** di presentare al Vs ufficio alla fine del soggiorno **fattura, ricevuta fiscale e/o scontrini parlanti** relative alle voci sotto indicate per permettere la liquidazione del rimborso (di cui al punto D) delle spese sostenute secondo le indicazioni riportate di seguito e da me accettate:

- 1) per la spesa alberghiera mia e dell'operatore
- 2) per le spese di trasporto, provvista di date e del riferimento dell'esercizio erogante
- 3) delle spese effettuate per i pasti
- 4) dell'importo consegnato all' assistente accompagnatore, con l'indicazione della causale relativa alle prestazioni di assistenza e del periodo del soggiorno effettuato. Qualora



non in possesso della ricevuta fiscale fornirà dichiarazione dell'assistente di aver ricevuto l'importo concordato e copia dell'assegno bancario, intestato all'operatore.

5) relazione finale del soggiorno relativa al raggiungimento o meno degli obiettivi stabiliti ed alle eventuali criticità incontrate, redatta sia dal sottoscritto/a sia dall' accompagnatore che ha prestato l'assistenza

**B) di essere a conoscenza** di dover anticipare tutte le spese del soggiorno in attesa che la ASL possa deliberare il rimborso (di cui al punto D) delle spese.

**C) di sollevare** la ASL ROMA 3 da ogni responsabilità civile, penale per ogni danno derivante dallo svolgimento del soggiorno.

**D) di essere consapevole** che la ASL mi rimborserà una quota fino ad un massimo di € \_\_\_\_\_ per la parte sanitaria e di € \_\_\_\_\_ per la parte sociale (contributo del Comune) secondo progetto individuale concordato.

**E) che le mie coordinate** bancarie/postali dove chiedo che venga accreditato il rimborso  
Al sottoscritto sig./ra \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

Allego fotocopia del Codice Fiscale ed IBAN

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_



## Autorizzazione Soggiorno Vacanza Individuale anno 2024

o Distretto Sanitario Municipio .....

o Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

Il/La sottoscritta sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Residente nel  Municipio \_\_\_\_\_

Comune di Fiumicino domiciliato/a in \_\_\_\_\_ recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di effettuare il soggiorno di vacanza individuale

in località \_\_\_\_\_

con l'operatore \_\_\_\_\_ o da individuare \_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con l'obiettivo di: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di svolgere attività lavorativa      SI       NO

SI \_\_\_\_\_ e di lavorare a tempo pieno per ore settimanali n° \_\_\_\_\_

o di lavorare a tempo part-time per ore settimanali n° \_\_\_\_\_

(non metterei il numero delle ore ma aggiungerei le attività che si impegna ad effettuare)

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_