**AII.A**

**Richiesta di partecipazione ai Soggiorni Estivi ASL/Comune per l'anno 2022**

**Dati anagrafici**

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

Per il minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Amm.ne di Sostegno SI𝄽NO𝄽 lnabilit.ne/lnterd.ne SI𝄽NO𝄽

I,C\_\_\_\_ % Indennità d'accompagno SI𝄽NO𝄽 L.104/92 SI𝄽NO𝄽 Comma \_\_\_\_\_\_

L.68/99 SI𝄽NO𝄽 Minore indennità frequenza SI𝄽NO𝄽 Accompagno SI𝄽NO𝄽

Tipo di disabilità: Fisica𝄽 Psichica𝄽 Psico-fisica𝄽 Sensoriale𝄽

Persona di riferimento (da contattare per la presente istanza)

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

di partecipare ai Soggiorni Estivi 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:**

2019 località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2020 località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2021 località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Il **reddito personale 2021** è costituito da: assegno I.C. □ Ind. Acc.□ lnd. Freq.□

Reversibilità □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­

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

Reddito di cittadinanza SI𝄽NO𝄽 Importo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­

**Composizione del nucleo familiare convivente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Cognome e nome  |  Età | Grado di parentela |  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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola □\_\_\_\_\_\_\_\_Formazione professionale □­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­Tirocinio □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Progetto in essere del “Durante e dopo di noi” □

Il sottoscritto prende atto che la presentazione delladomanda non offrecertezza di partecipazione essendo, questa, subordinata alle disposizioni aziendali, alfinanziamento (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.**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **All. B**

**Richiesta partecipazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2022**

**□ Distretto Sanitario Municipio…..**

**□ 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 estivo individuale 2022

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:**

1. 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:
2. per la spesa alberghiera mia e dell’operatore
3. per le spese di trasporto, provvista di date e del riferimento dell’esercizio erogante
4. delle spese effettuate per i pasti
5. 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.
6. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Per trasmissione con posta elettronica

* serviziodisabiliadulti1@aslroma3.it
* serviziodisabiliadulti2@aslroma3.it
* serviziodisabiliadulti3@aslroma3.it
* serviziodisabiliadulti4@aslroma3.it

**AII.C**

**Autorizzazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2022**

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 indivuduale

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°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_

 In fede