

All. A

**Richiesta di partecipazione al Servizio per la Vacanza di gruppo ASL/Comune e Centri ex art. 26
per l'anno 2026**

Distretto Sanitario Municipio/Comune

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

In favore della persona (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[□] In attesa di revisione per Invalidità 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 al Servizio per la vacanza organizzato da questa ASL in forma di gruppo.

Composizione del nucleo familiare convivente:

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



Vive: da solo con un badante con un solo familiare con più familiari
 Altro _____

Durante l'anno il/la sottoscritto/a 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

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

Dichiara inoltre di non aver presentato domanda per nessun altro contributo vacanza

Conferma che in caso di fruizione di altro soggiorno vacanza da altri Enti ne darà 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 stanziato e alla valutazione tecnica del Servizio di riferimento.

Ai sensi del D.L.vo 196/03, il sottoscritto autorizza 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 _____

Firma
