

**Richiesta di partecipazione al Servizio per la Vacanza di gruppo ASL per l'anno 2026
Utenti DSM**

Distretto Sanitario Municipio

Dati anagrafici

Il sottoscritto (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

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

In attesa di revisione per Invalidità Civile

Diagnosi _____

Persona di riferimento (da contattare per la presente istanza) _____

Tel. _____ e-mail: _____

chiede

di partecipare al Servizio per la vacanza organizzato da questo Servizio 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:

Residenzialità Altro

Dichiaro 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