### Da consegnare entro il 16 Luglio 2025 ore 12.00

## AL COMUNE DI TIVOLI

***Settore IV – Welfare***

***P.zza del Governo, 1***

# **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO CLIMATICO ESTIVO PER PERSONE CON DISABILITÀ**

In riferimento all’avviso pubblico di codesta Amministrazione per la partecipazione al soggiorno,

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o, in alternativa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quale esercente la potestà nei confronti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Tivoli Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico familiare per eventuali necessità (**obbligatorio**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al soggiorno climatico per diversamente abili, organizzato dai Servizi Sociali di codesto Comune che si terrà presso il “Villaggio Welcome” sito in Tortoreto Lido (TE) dal 4 al 13 Settembre.

A tal fine, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite per legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità personale (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

 che durante il soggiorno sarà costantemente assistito da: (**compilare solo se si ha diritto all’accompagnatore**)

|  |
| --- |
| Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telef. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**FIRMA** per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 di essere a conoscenza che la presente domanda non vincola l’Amministrazione Comunale alla realizzazione del soggiorno, per cui accettano ogni decisione, qualora il soggiorno non venisse effettuato;

 di raggiungere la struttura alberghiera con auto propria;

**N.B.**

* **si rammenta che non potranno partecipare al soggiorno le persone che hanno compiuto il 60° anno di età;**
* **possono inoltrare domanda solo coloro che pur avendo compiuto il 60° anno di età sono carrozzati;**
* **sono esclusi coloro la cui disabilità derivi da patologie connesse al processo d’invecchiamento**.

**Il richiedente dichiara di essere consapevole che le tariffe di compartecipazione, così come stabilite dalla D.G.C. 249/2024, sono le seguenti:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Isee sociosanitario[[1]](#footnote-1) in corso di validità** | **Quota accompagnatore** |
| Da € 0,00 a € 3.000,00 | **150,00 €** |
| Da € 3.000,01 a € 7.000,00 | **200,00 €** |
| Da € 7.000,01 a € 10.000,00 | **250,00 €** |
| Da € 10.000,01 a € 15.000,00 | **320,00 €** |
| Da € 15.000,01 a € 18.000,00 | **370,00 €** |
| Da € 18.000,01 a € 25.000,00 | **450,00 €** |
| Oltre € 25.000,00 | **Importo costo soggiorno** |

e pertanto si impegna a pagare la somma che verrà comunicata dal competente ufficio all’esito dell’istruttoria amministrativa.

Al fine dell’ammissione allega alla presente:

* Certificato medico (come da modello allegato);
* Certificato di invalidità dal quale risulti il diritto all’indennità di accompagnamento;
* Certificazione la gravità dell’handicap secondo l’art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
* Copia del documento di riconoscimento;

Tivoli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno**

**utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**

Tivoli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### AVVERTENZE

Sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 72 del D.P.R. 445/00 sulla veridicità delle informazioni fornite, ai sensi dell’art. 4 comma 2 del D. Lgs. 31.03.1999 n. 109 e *ss.mm.ii.*

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati dichiarati saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini della partecipazione al soggiorno termale estivo.

Il richiedente autorizza il Comune di Tivoli ad accedere alla consultazione della DSU mediante la piattaforma Siuss-ex casellario assistenza per verificare il valore dell’Isee sociosanitario e dell’ISR.

La quota di partecipazione a carico dell’accompagnatore di **persona con disabilità sarà determinata a seguito di ammissione al beneficio**, in ragione del valore dell’Isee sociosanitario del soggetto con disabilità che si accompagnerà al soggiorno e sarà da versare improrogabilmente entro 5 giorni dall’ammissione al soggiorno mediante il sistema PagoPA secondo le istruzioni fornite dall’ufficio.

Per tale finalità, si comunica di voler ricevere le informazioni sopra riportato al seguente indirizzo e-mail ordinario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**N.B. La mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti è pena di esclusione dal soggiorno.**

Tivoli,

 Firma

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

**Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizzo il Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla compilazione della presente scheda medica contenete dati personali.**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICAZIONE MEDICA

**Soggiorno persone con disabilità – 2025**

**DICHIARA**

**COGNOME** **NOME**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| nat a  | il residente a Tivoli |
| Via n. | tel. cell. |
| Recapito telefonico familiare per eventuali necessità.**Obbligatorio** | Telefono  |
| Cellulare  |

# Stato di salute

 **Diagnosi:**

|  |
| --- |
|  |

**Farmaci assunti:**

**Terapie praticate nell’ultimo anno**:

|  |
| --- |
|  |

**Patologie invalidanti**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Presenza di patologie invalidanti? | **SI** | **NO** | Grado di invalidità |  | Accompagno? | **SI** | **NO** |
| La disabilità deriva da patologie connesse all’invecchiamento | **SI** | **NO** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| È portatore di protesi?  **SI**  **NO**(articolari, supporti cardiaci, auricolari etc.) Se **SI** indicare il tipo protesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Eventuali esenzioni per patologia****CODICE**: |

 **È idoneo per** **il soggiorno climatico**

Tivoli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma leggibile del medico

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

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**

1. L’Isee sociosanitario è riferito al solo soggetto con disabilità (c.d. nucleo ristretto), secondo quanto disposto dalla normativa [↑](#footnote-ref-1)