



## CONSORZIO DEL TUSCOLO

Frascati, Piazza Guglielmo Marconi, n. 3  
Distretto Socio-sanitario RM 6.1

### Richiesta di partecipazione ai Soggiorni di Vacanza ASL/Comune per l'anno 2026

Dati anagrafici del richiedente:

Il sottoscritto familiare/ADS (cognome e nome)

\_\_\_\_\_

In nome e per conto della persona disabile adulto (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

Invalidità Civile \_\_\_\_\_% Indennità di Accompagnamento SI NO

In attesa di revisione per Invalidità Civile SI NO

L.104/92 SI NO Art. 3 Comma \_\_\_\_\_

L.68/99 SI NO

Servizio Socio-sanitario specialistico che ha la presa in carico \_\_\_\_\_

Caregiver: \_\_\_\_\_

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

### CHIEDE

La partecipazione ai Soggiorni di Vacanza Riabilitativi in forma:

di gruppo  individuale

Tipologia di soggiorno:

gita senza pernottamento  fine settimana con un pernottamento

soggiorni di breve durata (3-6 giorni)  soggiorni tradizionali 8 giorni con 7 pernottamenti

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:

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

2024 località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2025 località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il reddito personale 2026 è costituito da:

- Assegno Invalidità Civile  importo \_\_\_\_\_ ricevuto fino al \_\_\_\_\_
- Indennità di Accompagnamento  importo \_\_\_\_\_
- Pensione di Reversibilità  importo \_\_\_\_\_
- Lavoro dipendente a tempo parziale  a tempo pieno  importo \_\_\_\_\_
- Pensione da lavoro  importo \_\_\_\_\_

Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	Età	Grado parentela di	Invalidità civile	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/Contributo di cura \_\_\_\_\_
- Assistenza CAD (ASL) \_\_\_\_\_
- Assistenza domiciliare comune/consorzio \_\_\_\_\_
- Scuola \_\_\_\_\_
- Formazione professionale \_\_\_\_\_
- Tirocinio/Laboratorio \_\_\_\_\_
- Home Care Premium \_\_\_\_\_
- Buono servizio E-family \_\_\_\_\_

- Bonus Psicologo \_\_\_\_\_
- Progetto in essere del "Durante e dopo di noi" \_\_\_\_\_

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 è consapevole che la presentazione della presente domanda non offre certezza di partecipazione essendo, questa, subordinata alle disposizioni aziendali, al finanziamento (ASL e Comune) e alla valutazione tecnica di codesto Servizio

Ai sensi del D. Leg.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.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma richiedente/rappresentante legale \_\_\_\_\_

Alla domanda, compilata e firmata, dovranno essere allegati i documenti di seguito elencati:

- 1) Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
- 2) Certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista del S.S.N. che esprima un parere preliminare circa l'idoneità dell'utente alla partecipazione al soggiorno estivo (Per le tipologie di soggiorno b e c indicate nell'Avviso pubblico);
- 3) Copia del verbale di riconoscimento dell'handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92, art. 3, co. 1 e 3;
- 5) Preventivo con il costo complessivo di realizzazione del servizio con indicazioni specifiche in merito al costo del soggiorno riferibile al beneficiario e al costo per l'accompagnatore;
- 6) Attestazione ISEE in corso di validità.