



AII.A

Richiesta di partecipazione ai Soggiorni Riabilitativi per l'anno 2018

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Per il minore (cognome e nome) _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Telefono fisso _____ e-mail _____

Stato civile _____ Amm.ne di Sostegno SI NO Inabilit.ne/Interd.ne SI NO

I, C. ___ % Indennità d'accompagnamento SI NO L. 104/92 SI NO HG SI NO

Minore indennità frequenza SI NO accompagnamento SI NO
altri redditi _____

Tipo di disabilità: fisica psichica psico-fisica sensoriale

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 _____ in _____

località marina montana con esclusione, per motivi di salute, di _____

Persona di riferimento _____ Tel _____

Il sottoscritto dichiara di aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nel:

2016 a _____ dal _____ al _____

2017 a _____ dal _____ al _____

Il reddito personale 2017 è costituito da: assegno I.C. ind. Acc. ind. freq. p. reversibilità

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

Vivo/e: da solo con un badante con un solo familiare con più familiari altro ____

Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	età	grado di parentela	IC (%) / L 104/92
----------------	-----	--------------------	-------------------

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Durante l'anno il sottoscritto usufruisce dei seguenti servizi:

Centro diurno _____ Centro riabilitazione _____

Assistenza CAD (tipo e frequenza) _____, SAISH (prest. sett.li) _____,

Individuale , di gruppo, indiretta € _____ mensili, Scuola _____

Formazione professionale _____ Tirocinio _____

Preso atto delle condizioni di partecipazione, il sottoscritto dichiara di accettarle e si impegna a partecipare alle riunioni preliminari e di verifica che verranno organizzate; dichiara di accettare, comunque, la partecipazione al soggiorno nella località, nel periodo e con il gruppo individuato da codesto Servizio. Prende atto che la presentazione della 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.L.vo 196/03, autorizzo il trattamento dei dati personali richiesti solo ed esclusivamente per fini organizzativi interni al Servizio.

Roma, _____

Firma del richiedente

NB: se le notizie sono state fornite da persona diversa dal richiedente, indicare:

Cognome e nome _____ tipo di legame di parentela o

giuridico _____ Recapito _____

Valutazione della ASL: soggiorno di gruppo individuale

forte disagio economico/sociale priorità urgenza _____
è seguito dal servizio SI NO è grande invalido INAIL

Il medico _____ L'assistente sociale _____

- Gli enti soggetti alla Tesoreria Unica, di cui all'art. 35 del DL n. 1 del 24/01/2012, debbono accreditare il codice **IBAN IT34G0100003245348300306096** della contabilità speciale accesa presso la Banca D'Italia
- tutti gli altri, non soggetti a qualsiasi titolo alla Tesoreria Unica, debbono accreditare il codice **IBAN IT53X010050326600000218000** del conto acceso presso l'istituto Tesoriere • Per i bonifici esteri il codice **SWIFT** da indicare è **BNL II TRR**

Per eventuale trasmissione utilizzando posta elettronica:

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti1@aslroma3.it	utenti di Fiumicino
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti2@aslroma3.it	utenti di Ostia Mun X
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti3@aslroma3.it	utenti di Mun XI
Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti4@aslroma3.it	utenti di Mun XII