



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## DETERMINAZIONE – COPIA

N. 7

Data: 24.01.2009

**OGGETTO: Approvazione Avviso Pubblico per la individuazione degli utenti interessati a partecipare ai Soggiorni Estivi Disabili 2019, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento soggiorni estivi approvato dalla ASL Roma 4.**

### IL DIRETTORE

**PREMESSO** che l’iniziativa dei soggiorni estivi per i soggetti disabili risponde ad una precisa esigenza sociale, garantisce un diritto dei disabili riconosciuto dalla D.G.R. n 501/2001 ed è un progetto ormai consolidato nel territorio del Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali Valle del Tevere;

**VISTA** la D.G.R. suddetta che prevede una ripartizione della quota di competenza tra ASL (oneri relativi agli operatori: vitto, alloggio, compenso professionale) e Comuni (oneri relativi per ciascun utente residente: vitto e alloggio);

**VISTA** la Deliberazione n. 213 del 05.02.2018 dell’Azienda ASL Roma 4 recante “Preso d’atto del Regolamento dei Soggiorni Estivi Riabilitativi predisposto dalla Direzione Amministrativa Aziendale”;

**DATO ATTO** che al punto 12 del suddetto Regolamento è previsto che gli Uffici di Piano della ASL Roma 4 hanno l’onere di segnalare alla medesima ASL il numero di utenti che intendono partecipare ai soggiorni di gruppo, dopo aver espletato i bandi di ammissione per i soggiorni estivi di gruppo nei rispettivi comuni;

**CHE** in continuità dell’esperienza pregressa, nel rispetto di quanto stabilito dal regolamento della ASL Roma 4 sopra citato, si intende individuare gli utenti interessati a partecipare ai soggiorni estivi disabili 2019, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento;

**DATO ATTO** che la ASL Roma 4.4 provvederà a stilare la graduatoria distrettuale degli avanti diritto e provvederà con apposite procedure di affidamento ad individuare la struttura alberghiera che ospiterà i partecipanti, nonché l’organismo di gestione del servizio;

**VISTO** l’Avviso Pubblico per l’individuazione degli utenti interessati a partecipare ai soggiorni estivi disabili 2019, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento aziendale ASL soggiorni estivi, completo del relativo schema di domanda, allegato alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale;

**CONSIDERATO** che i Comuni del Consorzio Valle del Tevere saranno tenuti a diffondere localmente, attraverso idonei mezzi, il presente Avviso Pubblico e le modalità di presentazione delle domande di partecipazione;

**RICONOSCIUTANE** la regolarità;

### DETERMINA

- DI APPROVARE** l’Avviso Pubblico, finalizzato all’individuazione degli utenti interessati a partecipare ai soggiorni estivi disabili 2019, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento aziendale ASL soggiorni estivi, completo del relativo schema di domanda, allegato alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale;

#### SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### TELEFONI

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

#### CODICE FISCALE

97874100585

#### COMUNI DI

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant’Oreste  
Torrita Tiberina



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## CONSORZIO VALLE DEL TEVERE

2. **DI INVIARE** ai Comuni del Consorzio Valle del Tevere la suddetta documentazione per la necessaria diffusione dell'iniziativa sul territorio, finalizzata alla presentazione delle domande di partecipazione;
3. **DI PROVVEDERE** alla pubblicazione della presente determinazione sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it);
4. **DI TRASMETTERE** copia della presente determinazione:
  - a) alla Segreteria perché ne curi la raccolta e la pubblicazione;
  - b) alla Ripartizione Contabile.

**Il Direttore**

*f.to* Dott.ssa Simonetta De Mattia

### **CODICE FISCALE**

97874100585

### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

---

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo Pretorio per quindici giorni, a decorrere dal 24.01.2019

---

### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

### PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI INTERESSATI A PARTECIPARE AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO PER DISABILI ADULTI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA

- Anno 2019 -

**SCADENZA 14.02.2019**

In esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 501/2001, e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 418 del 18.07.2017, che definiscono i criteri e il contributo a copertura delle spese di natura sociale per l'erogazione dei soggiorni estivi per disabili a favore delle ASL del Lazio;

Vista la Delibera n. 213 del 05.02.2018 della ASL Roma 4, che provvede ad adottare il proprio regolamento aziendale che disciplina i soggiorni estivi disabili e provvede inoltre a regolamentare la ripartizione del finanziamento regionale tra due tipologie di servizio: soggiorni di gruppo e soggiorni individuali;

#### **CODICE FISCALE**

97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

Il Consorzio Valle del Tevere intende provvedere all'individuazione dell'utenza da ammettere alla successiva valutazione socio-sanitaria integrata attraverso la UVMD del Distretto RM 4.4, al fine di costituire una graduatoria degli ammessi ai soggiorni di gruppo del medesimo Distretto.

Saranno ammessi il numero di utenti in base alla sostenibilità economica, come da regolamento aziendale sopra citato.

La località marina e le date di partenza dei gruppi (max 3 gruppi per soggiorno di max 12 giorni e max 11 notti – per un max di 12 partecipanti a gruppo), saranno individuate dalla ASL con apposito atto aziendale.

Il numero complessivo dei partecipanti e la loro suddivisione in gruppi, sarà determinato dal progetto riabilitativo individuale, dalla valutazione socio-familiare e ambientale, dall'ISEE certificato e dal livello assistenziale dei richiedenti in base a quanto disposto dal regolamento aziendale:

A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per utente nelle 24 ore.

A. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 utenti.

B. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 utenti.

Il rapporto utenti operatori sarà individuato dai servizi ASL, che potranno autorizzare eventuali deroghe.

#### **Destinatari e requisiti di accesso**

I destinatari del progetto "soggiorni estivi di gruppo" dovranno possedere i seguenti requisiti:

#### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

- 1) essere persone disabili residenti nei comuni del Consorzio Valle del Tevere, in carico ai servizi socio-sanitari ovvero inseriti presso una struttura riabilitativa semiresidenziale o non residenziale, per i quali i servizi abbiano espresso una valutazione positiva sull'opportunità di integrare il progetto personale con la fruizione dei soggiorni vacanza;
- 2) avere un'età compresa tra 18 e i 60 anni;
- 3) disporre dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- 4) non beneficiare di altri contributi finanziari da parte di altri soggetti pubblici destinati alla fruizione di soggiorni-vacanza nel periodo estivo nell'anno 2019.

**Iter delle Domande**

Le domande di ammissione pervenute all'Ufficio di Piano del Consorzio, a seguito di verifica sulla correttezza della documentazione inviata e del possesso dei requisiti previsti dal regolamento aziendale, saranno trasmesse al Distretto Socio-sanitario per la valutazione e definizione della graduatoria degli ammessi.

**Costituzione della graduatoria.**

Una apposita UVMD nominata dalla ASL, provvederà alla costituzione di una graduatoria distrettuale in base ai criteri di priorità individuati dal Regolamento aziendale approvato con Delibera n. 213 del 05.02.2018 della ASL Roma 4.

La graduatoria elaborata dalla suddetta UVMD sarà poi pubblicata sul sito istituzionale del Consorzio [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it)

**Utenti inseriti in strutture ex art. 26 l. 833/78**

Per gli utenti inseriti nei centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 in regime di semiresidenzialità sarà possibile la partecipazione al soggiorno estivo per disabili solamente a condizione che gli stessi Centri dichiarino, per iscritto, che non effettuano soggiorni, e che siano esaurite le richieste degli utenti non inseriti in strutture ex art.26, in carico presso il servizio disabili adulti, sempre compatibilmente con la disponibilità economica (ASL- Comuni).

**Termini e presentazione delle domande**

La domanda di ammissione al progetto, che avrà valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dovrà essere compilata su apposito modulo, allegato al presente Avviso e disponibile presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00; Scaricabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it).



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**

97874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

**La domanda dovrà pervenire**, a pena di esclusione, al protocollo generale dell'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM, entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **14.02.2019** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOMANDA DI AMMISSIONE SOGGIORNI ESTIVI DISABILI 2019 – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate inoltre tramite PEC all'indirizzo [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it), rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

**Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 – il martedì ed il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30.**

**Documenti da allegare alla domanda**

Alla domanda dovranno essere allegati i documenti di seguito elencati:

- 1) Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'utente partecipante;
- 2) Certificazione medica rilasciata dal medico di famiglia o dello specialista circa l'opportunità del disabile alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
- 3) Copia dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- 4) Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- 5) Copia di certificazione che attesti lo stato di disabilità (ex L. 104/92) di eventuale altro membro convivente nel nucleo familiare della persona disabile;
- 6) Certificazione sanitaria di eventuali conviventi con il richiedente, che attesti patologie documentate.
- 7) Copia di dichiarazione, per iscritto, del centro di riabilitazione della mancata effettuazione di soggiorni estivi, in caso di utente inserito in un centro ex art. 26 L. 833/78 in regime di semiresidenziale

**Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.**

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel.06 90194606 - Fax 06 9089577 –



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

*Il Direttore*  
*Dott.ssa Simonetta De Mattia*

Approvato con Determinazione n..... del .....

Prot. n. .... del .....

**CODICE FISCALE**

97874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI  
INTERESSATI A PARTECIPARE AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO PER  
DISABILI ADULTI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA**

**ANNO 2019**

**SPETT.LE CONSORZIO  
VALLE DEL TEVERE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060  
FORMELLO (RM)

*(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore del Disabile)*

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

residente in (Comune)..... Prov. ....

Via ..... CAP.....

tel..... cell. .... fax.....

e-mail .....

**in qualità di genitore/ tutore di:**

*(Generalità del disabile)*

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita .....rapporto di parentela.....

residente in (Comune)..... Prov. ....

Via ..... CAP .....

TIPO DI DISABILITA' .....

.....

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**AUSILIO DI CARROZZELLA**

**SI**

**NO**

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

## CHIEDE

**che la persona disabile sopra indicata possa essere ammessa alla partecipazione al soggiorno estivo per disabili 2019.**

### A TAL FINE DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che la persona per la quale si richiede l'ammissione in graduatoria:

- È in carico ai servizi socio-sanitari;
- Ha un'età compresa tra i 18 e i 60 anni;
- È residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
- Possiede la certificazione di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- È compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all'aperto e al mare, ecc.), certificata dal S.S.N.;
- Non usufruisce di altri soggiorni riabilitativi nel 2018 realizzati con contributi pubblici;

Dichiara inoltre che lo stato di famiglia dell'utente è così composto:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

### SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE-AMBIENTALE

Dichiara altresì:

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi convive con genitore/i anziani con più di 70 anni, e/o con gravi patologie documentabili con apposita certificazione sanitaria;

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi vive sola o con una o più persone addette alla propria assistenza.

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it





CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## **SITUAZIONE ECONOMICA**

Dichiara altresì che il valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), così come risultante dall'attestazione in corso di validità rilasciata dall'INPS ai sensi del DPCM n. 159/2013 e successive modifiche e integrazioni del disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi è pari ad € .....

## **FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI:**

	Non fruire di alcun servizio socio-assistenziale
	Fruire di un Piano Assistenziale ai sensi della L. 20/2006
	Fruire di Servizio di Assistenza Domiciliare oltre le 8 ore/sett.
	Fruire di un Centro Diurno Socio-riabilitativo Distrettuale

## **UTENTI INSERITI IN STRUTTURE EX ART. 26 L. 833/78**

Dichiara altresì:

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi è inserita nei centri di riabilitazione, ex art. 26 L. 833/78, in regime di semiresidenzialità allegando a tal fine dichiarazione scritta del centro di riabilitazione sulla mancata attivazione di soggiorni estivi;

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi NON è inserita nei centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 in regime di semiresidenzialità.

## **Allega alla presente domanda i seguenti documenti:**

1. Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'utente partecipante;
2. Certificazione medica rilasciata dal medico di famiglia o dello specialista circa l'opportunità del disabile alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
3. Copia dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
4. Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
5. Copia di certificazione che attesti lo stato di disabilità (ex L. 104/92) di eventuale altro membro convivente nel nucleo familiare della persona disabile;
6. Certificazione sanitaria di eventuali conviventi con il richiedente, che attesti patologie documentate.
7. Copia di dichiarazione, per iscritto, del centro di riabilitazione della mancata effettuazione di soggiorni estivi, in caso di utente inserito in un centro ex art. 26 L. 833/78 in regime di semiresidenziale

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio*

### **CODICE FISCALE**

97874100585

### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

*Valle del Tevere, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679.*

**Luogo e Data .....**

**Firma del genitore/tutore**

.....

***CODICE FISCALE***

97874100585

***COMUNI DI***

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

***SEDE LEGALE***

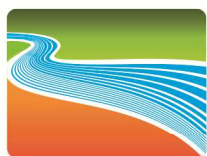
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

***TELEFONI***

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

***E-MAIL***

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## NOTA ESPLICATIVA ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

I richiedenti dovranno produrre una certificazione aggiornata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista, che attesti che il paziente:

1. non presenti patologie croniche od acute per cui necessiti di assistenza medica e/o infermieristica;
2. non presenti eventuali allergie a farmaci e/o ad altre sostanze;
3. non presenti intolleranze alimentari, o qualora presenti, indicare le precauzioni da adottare sul piano dietetico o in altri ambiti;
4. non presenti eventuali controindicazioni di salute al soggiorno in località marine;
5. si adatti alla vita di comunità;
6. che non sia nelle condizioni di recare danno a se stesso, agli altri e alle strutture.

### **CODICE FISCALE**

97874100585

### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

## LA SUDETTA CERTIFICAZIONE DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA DOMANDA.

Coloro che assumono farmaci, di qualsiasi tipo, anche in modo occasionale, dovranno portarne con sé la quantità necessaria al periodo del soggiorno insieme alla **PRESCRIZIONE MEDICA ORIGINALE DEI MEDESIMI FARMACI CON L'INDICAZIONE DEL DOSAGGIO ESATTO E DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE, a firma del medico curante e dovranno consegnarla al momento della partenza.**

Il giorno della partenza, è inoltre necessario portare le copie di:

- documento di identità in corso di validità;
- libretto sanitario;
- esenzione ticket;
- una nota con tutti i recapiti telefonici dei familiari, cellulari compresi.

Coloro che lo desiderano potranno allegare un elenco degli effetti personali per evitare problemi riguardo ad eventuali smarrimenti durante il soggiorno.

## Questo promemoria non deve essere riconsegnato ma deve rimanere agli utenti

### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it