



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

ALLEGATO B

Ufficio Protocollo Comune di Marino
protocollo@pec.comune.marino.rm.it

Ufficio Protocollo Comune di Ciampino
protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it

**OGGETTO: MODULO RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI SOGGIORNI DI VACANZA ASL/COMUNE
PER L'ANNO 2026**

Il/La sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____

In favore della persona adulta con disabilità (*cognome e nome*) _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in Via _____

Telefono _____ e -mail _____

Stato civile _____

Medico di Medicina Generale _____

apporte la crocetta

Amministratore di Sostegno SI NO

Inabilitazione/Interdizione SI NO

Invalidità Civile, specificare la percentuale _____ %

Indennità di Accompagnamento SI NO

Legge 104/1992 SI NO specificare il comma _____

Legge 68/1999 SI NO

Accompagno SI NO

In attesa di revisione per Invalidità civile SI NO

Servizio Sociale e/o specialistico che ha la presa in carico _____

Caregiver: _____

Tel. _____ e- mail _____



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

CHIEDE

di partecipare ai Soggiorni di Vacanza Riabilitativi in forma:

di gruppo
individuale

preferibilmente nel mese di _____

con il seguente Ente/Associazione/Cooperative etc: _____

località:

Marina
Montana

con esclusione, per motivi di salute, di _____

Il/La sottoscritto/a _____ 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 2024 è costituito da:

- Assegno Invalidità Civile
importo _____ ricevuto fino al _____
- Indennità di Accompagnamento
- Reversibilità d'altro
- Lavoro dipendente a tempo parziale a tempo pieno
- Pensione da lavoro

Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	Età	Gradi di parentela	Invalidità civile %	L.104/92

Vivo/e:

- Da solo
- Con un badante
- Con un solo familiare
- Con più familiari
- Altro _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

Durante l'anno il/la sottoscritto/a _____ usufruisce dei seguenti servizi:

Centro diurno sociale a _____

Centro diurno ex art 26 a _____

Centro ex art 26 domiciliare a _____ h/sett _____

Assegno di cura/Contributo di cura _____

Assistenza CAD (ASL) _____

Assistenza domiciliare comune/consorzio _____

Scuola a _____

Formazione professionale a _____

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 Distretto Sociosanitario RM 6.3

Il/la sottoscritto/a _____ 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

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i. e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Data e luogo _____

Firma richiedente/rappresentante legale
