



REGOLAMENTO PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SOGGIORNI ESTIVI A FAVORE DEGLI UTENTI DIVERSAMENTE ABILI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 3 ANNO 2021

Premessa

I soggiorni estivi rappresentano un'occasione significativa per la prosecuzione e verifica del Progetto Riabilitativo personalizzato dell'utente predisposto dall' équipe ASL di presa in carico.

I soggiorni di cui al presente regolamento sono normati da: delibera del Consiglio Regionale 730/88, Circolari regionali dell' Assessorato Enti Locali nn.30/89, 724/93 e 588/95, legge regionale 38/96 e DGR n. 501 del 10/04/2001 nelle quali viene sancita la competenza delle ASL nella gestione dei soggiorni estivi per portatori di handicap, quale prosecuzione, in località climatica, dei trattamenti riabilitativi abitualmente erogati agli aventi diritto ed inoltre dalla DGR 418/2017, ribadita con nota n. 326231 del 29.04.2019 dalla Direzione Regionale per l' Inclusione Sociale Area Politiche per l' Inclusione.

Considerato il carattere sia sanitario che socio-assistenziale dei soggiorni stessi, viene stabilito che le relative spese di gestione siano ripartite, come di seguito specificato, tra Amministrazioni Comunali ed ASL.

Alle Amministrazioni Comunali sono attribuiti gli oneri alberghieri, di trasporto, assicurativi ed economici relativi agli utenti.

All' ASL sono attribuiti gli oneri relativi al compenso per le prestazioni lavorative, spese alberghiere, di trasporto, assicurative, relative agli operatori impiegati nei soggiorni, siano essi dipendenti e/o in convenzione, appartenenti a Cooperative/Associazioni che abbiano provata esperienza nel campo della disabilità.

I servizi dell'Azienda USL RM/3 che organizzano i soggiorni per persone con disabilità di cui al presente Regolamento sono:

- per i minori dai 14 ai 18 anni non compiuti, il servizio TSMREE
- per gli adulti dai 18 anni compiuti ai 64 la UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, nelle sue articolazioni distrettuali dei 4 servizi disabili adulti.

SOGGIORNI ESTIVI PER DISABILI ADULTI e MINORI

1. Finalità e tipologia dell'intervento

Nell'ambito del progetto riabilitativo individuale predisposto dai servizi TSMREE e Disabili Adulti distrettuali della UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, le finalità dell'intervento sono:

- la verifica degli interventi riabilitativi attuati nel corso dell'anno;



- favorire l'integrazione sociale e realizzare percorsi di autonomia personale;
- favorire la realizzazione di un periodo di vacanza in un contesto non familiare, con l'aiuto di personale specializzato;
- acquisire nuove capacità adattative e l'integrazione psicosociale tra pari anche finalizzata a creare gruppi appartamento o moduli abitativi per favorire autonomia da nucleo d'origine nello spirito della L.R. n. 11/2016.
- Dare sollievo al caregiver e contestualmente permettere un momento di svago all'utente dopo mesi di ritiro in casa o riduzione dei contatti sociali per motivi di sicurezza sanitaria e prevenzione in emergenza Covid.

A tal fine il Servizio Disabili Adulti, nelle articolazioni distrettuali, ricevute le richieste anche dei minori del TSMREE, organizza due tipologie di soggiorni riabilitativi:

1. Soggiorni di gruppo, in ragione di un'organizzazione specificamente dedicata;
2. Soggiorni individuali per vacanze in autonomia, con l'aiuto di personale specializzato.

I soggiorni hanno generalmente durata variabile in rapporto alle risorse economiche assegnate e si svolgono, di norma, nel periodo compreso tra giugno e dicembre.

2. Destinatari dell'intervento

Il soggiorno di cui al presente regolamento viene erogato solo a favore di cittadini disabili minori e adulti, residenti nel territorio della ASL RM 3 regolarmente seguiti dai servizi TSMREE e Disabili Adulti

3. Requisiti prioritari

- età compresa tra i 14 e i 64 anni;
- in possesso di certificazione di handicap in condizione di gravità ai sensi della L.104/92
- in possesso di certificazione di invalidità civile superiore al 50%, seguiti dal Servizio, per dare anche ai meno gravi possibilità di effettuare il soggiorno, se funzionale al piano riabilitativo individuale.
- essere in carico ai servizi, TSMREE disabili adulti distrettuali, da almeno sei mesi prima della data di presentazione della domanda di partecipazione o un numero di accessi al servizio che ne giustifichi la presa in carico tempestiva.
- non beneficiare di altri contributi finanziati da parte di altri soggetti pubblici, come ad esempio centri estivi municipali, destinati alla fruizione di soggiorni-vacanza nel periodo estivo;
- non presentare patologie tali da richiedere interventi sanitari.



Prima della partenza occorre produrre:

- Se in possesso, certificazione di guarigione da Sars Cov 2 o certificato di vaccinazione da SARS Cov 2;
- Per tutti il referto di tampone antigenico effettuato nelle 48 ore prima della partenza.

Gli utenti in trattamento riabilitativo presso i centri di riabilitazione ex art. 26/833 potranno rivolgersi a detti centri per usufruire dei soggiorni riabilitativi, come stabilito dalla DGR n. 501/01; saranno accolte solo le domande degli utenti che frequentano centri ex art. 26 che non effettuano soggiorni estivi, per quelle degli utenti in regime residenziali "... la ASL potrà prendere in considerazione l'eventuale richiesta di partecipazione compatibilmente con le disponibilità delle risorse..." nota R.I. n. 326231 del 29.04.2019 precedentemente citata.

4. Modalità presentazione domanda

Il soggiorno è concesso a seguito di presentazione di domanda da parte del richiedente o chi per esso/a, che dovrà produrre, contestualmente, certificazione ISEE e/o DSU completa anno 2020, copia di certificazione di invalidità civile e di L. 104/ 92.

La domanda potrà essere integrata con i documenti eventualmente mancanti, su richiesta del Servizio social, entro 5 gg. dalla pubblicazione della graduatoria.

La presentazione della domanda deve avvenire attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato A, da consegnare, per i minori, al TSMREE e, per gli adulti, al Servizio Disabile del distretto ASL di appartenenza.

Ogni domanda sarà protocollata e sarà rilasciata ricevuta di presentazione all'utente. Entro 20 giorni dal termine di presentazione della domanda i richiedenti potranno avere notizie circa l'accoglimento della domanda e l'eventuale posizione in graduatoria consultando il sito della ASL Roma 3

5. Criteri di priorità per la formazione della graduatoria

Al fine di stabilire la priorità nell'accesso verrà formulata una graduatoria unica aziendale per i distretti ASL Roma 3 del Comune di Roma ed una per il Comune di Fiumicino degli aventi diritto in base al maggior punteggio ottenuto applicando i seguenti criteri di priorità fino ad esaurimento delle risorse finanziarie stanziare dalle Amministrazioni comunali e dalla ASL RM/3 (secondo la ripartizione stabilita dalla Delibera Regionale 501/01 e successivi aggiornamenti):

- grado di invalidità civile, attestazione di handicap riconosciute e documentate da verbali;
- condizione socio-sanitaria del nucleo convivente, che limitino o impediscano l'assistenza;
- priorità nell'ambito del progetto riabilitativo globale e disagio economico attestati dal TSMREE o dal Servizio Disabili Adulti competente per territorio.

Le due graduatorie saranno pubblicate sul sito della ASL RM 3, riportando il numero di protocollo ASL e le iniziali dell'utente.

Tabella punteggi

1 - Invalidità Civile e Legge 104/92

a) Da 46% a 73 %	4,6 – 7,3
b) Da 74% a 100%	7,4 - 10
c) 100% + indennità di accompagnamento/ indennità di accompagnamento minori	12
d) Legge 104/92 in condizione di gravità art. 3 com.3	12
e) Legge 104/92 in condizione di non gravità art. 3 com.1	8
f) Indennità di frequenza minori	8

N.B. il punteggio delle voci d,e,f si somma alle voci a,b o c

2 - Situazione nucleo convivente

Età del genitore più anziano/coniuge/età del figlio più piccolo, vive con un solo familiare:

a) Da 65 a 69	1
b) Da 70 a 75 o da 11 a 15	2
c) Da 76 a 80 o da 7 a 10	3
d) Oltre 81 o da 0 a 6	4
e) Persona sola (o con badante o parenti che non sono genitori o coniugi)	5
f) Vive con un solo familiare (solo genitore o coniuge)	6
g) Per i minori Vive in famiglia mono-genitoriale	6
h) Nucleo convivente con altri familiari in situazione di handicap grave o equival.	7

3 - Indicazioni del Servizio Disabili Adulti/TSMREE

a) Nucleo familiare con forte disagio sociale e/o economico	3
b) Priorità/Urgenza per l' attuazione del progetto riabilitativo	3

4 - Condizione vissuta durante la chiusura

a) Durante il periodo di chiusura per COVID, l'utente ha usufruito in misura ridotta dei servizi	2
b) Non ha usufruito di alcun servizio durante il periodo COVID	4



6. Livello di intensità assistenziale

Per la definizione del livello di intensità assistenziale si fa riferimento alle indicazioni dell'équipe di presa in carico del TSMREE e/o Servizio Disabili Adulti, anche in relazione alla composizione del gruppo che si andrà a costituire per il soggiorno.

Sia per i soggiorni di gruppo sia per gli individuali per determinare il livello assistenziale dei richiedenti si utilizzeranno le valutazioni già effettuate dal Servizio Disabili Adulti/TSMREE. Nel definire il rapporto utenti/ operatori si seguono le indicazioni del disciplinare del Roma capitale, come di seguito:

- A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per utente nelle 24 ore
- B. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 utenti nelle 24 ore
- C. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 utenti nelle 24 ore *

*in ogni gruppo dovranno essere presenti almeno 2 operatori.

In casi eccezionali in presenza di persone con disabilità gravissima che necessitano di assistenza h24 il rapporto operatori/utente sarà di 2/1, previa valutazione dell'équipe valutativa

7. Contribuzione degli utenti

Secondo quanto disposto già negli anni precedenti dal Disciplinare di Roma Capitale, tutti gli utenti che percepiscono reddito da lavoro (a tempo pieno) o pensione da lavoro (inclusa quella da inabilità lavorativa) sono tenuti ad una contribuzione del 50% delle spese alberghiere e di trasporto e al 100% delle spese di socializzazione. Il lavoratore part-time (18-24 ore settimanali) deve contribuire per il 25% delle spese di cui sopra, il versamento contribuito dovrà essere effettuato con bonifico sul c/c della ASL Roma 3. **codice IBAN IT53X0100503266000000218000.**

8. Rinuncia da parte del richiedente

La rinuncia al soggiorno deve essere comunicata tempestivamente dal richiedente e per iscritto, al servizio di TSMREE e Disabili Adulti di appartenenza, al fine di poter inserire altri utenti in graduatoria, a parità di impegno assistenziale ed economico.

Le rinunce tardive, in relazione alla motivazione addotta, con comunicazione comunque scritta ed inoltrata via mail, non costituiranno motivo di esclusione ai soggiorni futuri solo se motivate da gravi e comprovati impedimenti (gravi problemi di salute, lutti, ecc).

9. Motivo di esclusione

Non verranno autorizzate le richieste di utenti che hanno rinunciato tardivamente senza valido motivo negli anni precedenti.

10. Utenti inseriti in Centri di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78

Per gli utenti inseriti nei centri di riabilitazione ex articolo 26 legge 833 78 sarà possibile la partecipazione ai soggiorni di cui al presente regolamento, a condizione che gli stessi centri dichiarino,



per iscritto, che non effettuano soggiorni, che non rientrino nei requisiti disposti dal DGR n.418 del 2017 e che siano esaurite le richieste degli utenti, non inseriti in strutture ex art. 26, in carico presso il TSMREE e servizio Disabili Adulti, compatibilmente con la disponibilità economica (ASL- Comune).

11. Incontri con utenti, associazioni/cooperative.

Il servizio Disabili Adulti e il TSMREE dei Distretti Sanitari Comune di Fiumicino, Municipio X, XI e XII effettueranno incontri con gli utenti, le cooperative e/o associazioni individuate dagli utenti, al fine di condividere la pianificazione dei gruppi, i programmi e la scelta delle strutture ospitanti.

La scelta di località, strutture e servizi di trasporto, deve essere effettuata tenendo conto della convenienza economica e del rispetto di standard qualitativi adeguati alla piena realizzazione dei programmi socio-riabilitativi e delle caratteristiche specifiche del gruppo (assenza di barriere architettoniche, possibilità di Integrazione sociale ecc.).

Le località vengono scelte di norma all'interno della Regione Lazio e eventualmente regioni confinanti, eventuali deroghe dovranno essere concordate con i servizi e dagli stessi autorizzate. Gli utenti sottoscriveranno la dichiarazione di partecipazione, di cui All. B.

Le spese dovranno rispettare i limiti e i costi previsti dalla programmazione annuale ASL e dal disciplinare di Roma Capitale e Fiumicino, i tetti di spesa e l'individuazione dei gruppi, per ciascuna associazione/cooperativa, saranno oggetto di specifica delibera aziendale. Ogni possibile fattore di risparmio, fermo restando i requisiti di qualità richiesti, consentirà la partecipazione di un maggior numero di utenti e/o l'effettuazione di più giorni di soggiorno.

È stato predisposto un questionario di gradimento che sarà sottoposto agli utenti al fine di verificare il grado di soddisfazione del soggiorno effettuato, la cui compilazione sarà obbligatoria.

L'adesione al soggiorno è su base volontaria, la ASL declina ogni responsabilità rispetto ad eventuali problematiche da contagio Covid 19. A ciascun utente prima della partenza, sarà consegnato dal servizio competente un opuscolo formativo in duplice copia (per l'utente e per l'operatore)

È indispensabile assicurarsi che le strutture siano poste nelle immediate vicinanze di presidi sanitari idonei a provvedere a qualsiasi urgenza e siano rispettose della vigente normativa anti COVID

A conclusione dei soggiorni le associazioni/cooperative presenteranno una dettagliata relazione sullo svolgimento degli stessi, indicando per ogni utente gli obiettivi raggiunti e potranno incontrare i servizi ASL per eventuali chiarimenti. I servizi della ASL predispongono un questionario di gradimento da sottoporre agli utenti al fine di verificare il grado di soddisfazione.

12. Soggiorni individuali

Ove l'utente richieda di accedere a questo tipo di soggiorno, deve presentare regolare domanda di accesso (All. A) e allegare un dettagliato progetto e curriculum dell'operatore/accompagnatore prescelto dall'interessato o dalla famiglia entro 10 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.

Il servizio Disabili competente dovrà esprimere parere, previa valutazione delle effettive necessità, verifica del curriculum dell'operatore individuato e opportunità per l'utente di usufruire del soggiorno individuale e non di gruppo, nelle modalità più idonee per l'utenza in considerazione dell'emergenza epidemiologica (es. senza pernottamento, uscite giornaliere, week end brevi).

Qualunque alternativa per problemi organizzativi/carenza di personale o in relazione all'andamento della pandemia, deve essere preventivamente autorizzata dal servizio disabili adulti. Nell'ipotesi che l'accompagnatore sia un familiare si provvederà a riconoscere solo le spese alberghiere, il vitto e il viaggio.

In ogni caso, nello stabilire il budget per i soggiorni individuali si terrà conto del reddito personale e si procederà allo scorporo da esso di una percentuale del 50% o del 25% dei costi relativi alle spese alberghiere e di trasporto, in analogia a quanto previsto dal punto 7 del presente regolamento.

- Per gli utenti che usufruiscono di assistenza (SAISH) indiretta, il pagamento delle prestazioni dell'operatore durante il soggiorno è quota parte a carico dell'utente stesso in rapporto ai giorni di soggiorno, mentre è a carico della ASL RM 3 la restante spesa (alberghiera e trasporto).
- Per gli utenti che non usufruiscono di assistenza indiretta è a carico della ASL il costo intero dell'operatore (prestazioni, spesa alberghiera e trasporto)
- E' possibile usufruire di soggiorni realizzati da associazione sportive previa presentazione del progetto al servizio Disabili Adulti, competente per territorio, nei termini precedentemente disposti

Una volta accolta positivamente la domanda, gli operatori dei servizi competenti informeranno l'utente sul fondo assegnato (quota ASL- Comune, per rimborso spesa) ed insieme compileranno e sottoscriveranno il "piano di intervento per il soggiorno individuale". E' previsto un acconto pari al 50% della quota sanitaria.

L'utente al rientro dal soggiorno dovrà presentare regolare documentazione fiscale, attenendosi alle istruzioni ricevute e al modello predisposto e sottoscritto (all.C) attraverso: fatture intestate all'utente o Amministratore di Sostegno, scontrini parlanti, assegni circolari o vaglia postali con dichiarazione sottoscritta da parte dell'operatore di aver effettuato il soggiorno con il relativo fogli-firma allegato controfirmato anche dal genitore o rappresentante legale dell'utente, specificando la prestazione erogata. In caso di accompagnamento da parte dei familiari, si provvederà a riconoscere solo spese alberghiere, vitto e del viaggio.

La rendicontazione delle spese dovrà essere distinta per gli operatori e per gli utenti e dovrà riportare le singole voci (albergo, trasporto)

Tutta la documentazione fiscale dovrà essere prodotta in originale più 1 fotocopia e dovrà essere consegnata al Servizio Disabili Adulti entro max 30 giorni dalla data di conclusione dell'iniziativa.

13. Motivi di esclusione dal soggiorno individuale

L'accertamento di uno scorretto utilizzo dei fondi assegnati o lo svolgimento di attività con finalità diverse da quelle concordate comporta, Di norma, l'esclusione dai soggiorni individuali per gli anni successivi.





AII.A

Richiesta di partecipazione ai Soggiorni Estivi ASL/Comune per l'anno 2021

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
 Per il minore (cognome e nome) _____ Data e luogo di nascita _____
 Codice Fiscale: _____
 Residente a: _____ in Via _____
 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 L.68/99
 SI NO
 Minore indennità frequenza SI NO Accompagno SI NO
 Altri redditi _____
 Tipo di disabilità: fisica psichica psico-fisica sensoriale
 Effettuato vaccino COVID-19 NO SI NO data _____

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 _____
 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:

2018 a _____ dal _____ al _____
 2019 a _____ dal _____ al _____
 2020 a _____ dal _____ al _____

Il reddito personale 2020 è costituito da: assegno I.C. ind. Acc. Ind. freq.
 reversibilità altro _____
 lavoro dipendente t.p. p.t. (max 24 ore sett.li) pensione da lavoro 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

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 € _____
 Assistenza CAD (tipo e frequenza) _____, SAISH (prest. sett.li) _____.
 Individuale , di gruppo, indiretta € _____ mensili, mista _____
 Scuola _____ Formazione professionale _____ Tirocinio _____

Il sottoscritto 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. Sono consapevole, inoltre, che sarà **elaborata un'unica graduatoria per i residenti del Comune di Roma ed una per i residenti nel Comune di Fiumicino, le graduatorie saranno pubblicate sul sito aziendale.** Per le persone che partecipano al soggiorno hanno l'obbligo di compilare al termine delle attività il questionario di gradimento.

Ai sensi del D.L.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.

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 _____

Per la compartecipazione degli utenti lavoratori, che usufruiranno del soggiorno di GRUPPO, dovranno effettuare, prima della partenza, il versamento con causale " COMPARTICIPAZIONE SPESA SOGGIORNI ESTIVI 2020 UTENTE.... " sul Conto corrente della ASL Roma 3

IBAN : IT53X010050326600000218000

Per trasmissione con posta elettronica allegando il verbale di invalidità civile, L104 e ISEE :

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti1@aslroma3.it Utenti di Fiumicino

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti2@aslroma3.it Utenti del Municipio X

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti3@aslroma3.it Utenti del Municipio XI

Indirizzo e-mail: serviziadisabiliadulti4@aslroma3.it Utenti del Municipio XII

La parte che segue è da compilare a cura della ASL

Valutazione soggiorno di gruppo individuale

forte disagio economico/sociale priorità urgenza _____

è seguito dal servizio con continuità SI NO

oppure viene solo per presentare istanza di soggiorno estivo

è grande invalido INAIL

Non è partito nel 2019 Non è partito nel 2020

Non ha mai usufruito del soggiorno estivo

Non ha attivo nessun servizio perché in lista di attesa

Frequenta centro diurno ex art 26 che non effettuerà soggiorno estivo

Il medico _____ L'assistente sociale _____



All. B

Autorizzazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2021

Distretto Sanitario Municipio

Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

Il/La sottoscritto sig./ra _____

Nato/a _____ il ___/___/___ Residente nel Municipio _____

Comune di Fiumicino domiciliato/a in _____ recapito

telefonico _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

di effettuare il soggiorno estivo individuale 2021

In località _____ nel periodo dal _____ al _____

con lo scopo di raggiungere gli obiettivi di:

per la seguente motivazione:

Inoltre dichiaro al fine di ricevere il rimborso previsto di:

A) di presentare al Vs ufficio alla fine del soggiorno **fattura, ricevuta fiscale e/o scontrini parlanti** relative alle voci sotto indicate per permettere la liquidazione del rimborso (di cui al punto D) delle spese sostenute secondo le indicazioni riportate di seguito e da me accettate:

- 1) per la spesa alberghiera mia e dell'operatore
- 2) per le spese di trasporto, provvista di date e del riferimento dell'esercizio erogante
- 3) delle spese effettuate per i pasti



- 4) dell'importo consegnato all' assistente accompagnatore, con l'indicazione della causale relativa alle prestazioni di assistenza e del periodo del soggiorno effettuato. Qualora non in possesso della ricevuta fiscale fornirà dichiarazione dell'assistente di aver ricevuto l'importo concordato e copia dell'assegno non trasferibile, intestato all'operatore.
- 5) relazione finale del soggiorno relativa al raggiungimento o meno degli obiettivi stabiliti ed alle eventuali criticità incontrate, redatta sia dal sottoscritto/a sia dall'operatore che ha prestato l'assistenza
- 6) curriculum vitae con relazione dell'operatore qualificato da me prescelto

B) di essere a conoscenza di dover anticipare tutte le spese del soggiorno in attesa che la ASL possa deliberare il rimborso (di cui al punto D) delle spese.

C) di sollevare la ASL ROMA 3 da ogni responsabilità civile, penale per ogni danno derivante dallo svolgimento del soggiorno.

D) di essere consapevole che la ASL mi rimborserà una quota fino ad un massimo di € _____ per la parte sanitaria e di € _____ per la parte sociale (contributo del Comune).

E) non essere _____ o di essere _____ fruitore di assistenza domiciliare indiretta per un importo mensile di € _____, che verranno decurtate dalla quota assegnatami.

F) di non svolgere attività lavorativa _____ o di **svolgere** attività lavorativa _____ tempo pieno per n. ore _____ o par-time per n. ore _____ o di percepire pensione di inabilità lavorativa _____ pertanto contribuirò o al 50% o al 25% dell'importo assegnatomi dal Comune, **tale importo sarà decurtato direttamente all'atto dell'autorizzazione del soggiorno.**

G) di essere consapevole che l'adesione al soggiorno è su base volontaria, la ASL declina ogni responsabilità rispetto ad eventuali problematiche da contagio Covid 19.

H) che le mie coordinate bancarie/postali dove chiedo che venga accreditato il rimborso

Al sottoscritto sig./ra _____

Banca _____

Agenzia _____

Via/Piazza _____

IBAN _____

Data _____

In fede _____



AII.C

Autorizzazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2021

Distretto Sanitario Municipio

Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

Il/La sottoscritta sig./ra _____

Nato/a _____ il ___ / ___ / ___ Residente nel Municipio _____

Comune di Fiumicino domiciliato/a in _____ recapito

telefonico _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

di effettuare il soggiorno estivo di gruppo

in località _____

con il seguente ente gestore (associazione/cooperativa) _____

nel periodo dal _____ al _____

con l'obiettivo di: _____

DICHIARA

Di svolgere attività lavorativa SI NO

SI _____ e di lavorare a tempo pieno per ore settimanali n° _____

o di lavorare a tempo part-time per ore settimanali n° _____

Pertanto contribuirà del 50% _____ o del 25% _____ per la spesa alberghiera e di trasporto.

Da accreditare con **bonifico su C/C aziendale codice IBAN**

IT53X010050326600000218000 con causale: "compartecipazione spesa soggiorno estivo anno 2021 utente _____"

Quota da versare € _____

Data _____

In fede _____



AII.D

SCHEDA INDAGINE COVID-19 (Coronavirus)

Cognome e nome _____

Telefono _____

Febbre Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°C ?	SI	NO
Sintomi Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse , difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?	SI	NO
Viaggi e contatti Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con incidenza COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori, o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?	SI	NO

Data _____

Firma _____