



ALLEGATO A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO SERVIZI VACANZA IN FAVORE DEI MINORI E ADULTI CON DISABILITÀ E DISAGIO PSICHICO – DGR LAZIO 1121/2024 E DGR LAZIO 168/2026

(Da compilare solo se l'istanza è presentata da un soggetto diverso dall'interessato)

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

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

Via CAP.....

tel.....cell.....e-mail

in qualità di: CAREGIVER TUTORE ALTRO (specificare)

del soggetto interessato: *(Indicare i dati del soggetto interessato)*

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

Data e luogo di nascita

rapporto di parentela.....

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

Via CAP

CHIEDE

che il soggetto interessato sopra indicato possa essere ammesso alla partecipazione al soggiorno vacanza per minori e adulti con disabilità/disagio psichico, nella seguente modalità:

- Servizio per la vacanza di breve durata assistito:**
 - Giornata singola andata/ritorno*
 - Weekend*



- Servizio per la vacanza di gruppo tradizionale assistito:**
 - *Tipologia b.1 - Gruppo tradizionale assistito (ospiti presso le strutture residenziali socio sanitarie e socio assistenziali)*
 - *Tipologia b.2 - Gruppo tradizionale assistito (ospiti presso le strutture semi-residenziali socio sanitarie e socio assistenziali)*
 - *Tipologia b.3 - Gruppo tradizionale assistito (beneficiari che non fruiscono stabilmente di strutture residenziali e semi-residenziali socio sanitarie e socio assistenziali)*

- Servizio per la vacanza individuale assistito:**
 - ADULTI
 - MINORI

- Servizio per la vacanza multifamiliare assistito:**
 - ADULTI
 - MINORI

- Servizio vacanza inclusivo nei CRE (Centri Ricreativi Estivi) – SOLO PER MINORI CON DISABILITA'**

- Servizio per la vacanza di gruppo in modalità di autogestione – SOLO PER ADULTI CON DISABILITA' E DISAGIO PSICHICO**

A TAL FINE

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

che il soggetto interessato:

- è residente in uno dei Comuni del Distretto RM 5.1;
- risulta preso in carico da almeno sei mesi dai servizi socio sanitari presenti sul territorio (salvo un termine minore valutato congruo dai servizi stessi);
- è in possesso del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 1 e/o art. 3 comma 3 ovvero certificazione analoga rilasciata nell'ambito della valutazione di base di cui al D. Lgs. 62/2024 o altra idonea certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario di presa in carico in ragione della rispondenza della progettualità agli obiettivi definiti nel PTRI/PAI;



FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI:

- di fruire dei seguenti servizi ed interventi erogati dalla ASL RM 5.1:

- di fruire dei seguenti servizi ed interventi erogati dal Distretto RM 5.1:

- di fruire dei seguenti servizi ed interventi erogati dal Comune di residenza:

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario

Luogo e Data

Firma del soggetto interessato/Tutore/Caregiver