



ALLEGATO A1

Al Comune di Ferrandina
Area Amministrativa e Socio-Culturale
Servizio Sociale Professionale
Piazza Plebiscito
75013 FERRANDINA (MT)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE **Soggiorno Estivo Marino rivolto a cittadini con disabilità - Anno 2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente in Ferrandina in Via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

in qualità di

- ☐ diretto interessato
- ☐ genitore
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ curatore

del Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla partecipazione al: **Soggiorno Estivo Marino per cittadini con disabilità - Anno 2026** organizzato dal Comune di Ferrandina.

A tal fine

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- ☐ di essere residente nel Comune di Ferrandina;
- ☐ di avere un'età compresa tra 18 e 35 anni;
- ☐ di essere in possesso della certificazione attestante la condizione di disabilità;
- ☐ di essere in possesso di idoneità sanitaria alla partecipazione al soggiorno;
- ☐ di essere consapevole che l'ammissione definitiva resta subordinata alla verifica della documentazione prodotta;
- ☐ di impegnarsi al rispetto delle condizioni e delle disposizioni organizzative previste dall'Avviso Pubblico e di quelle eventualmente impartite dall'Amministrazione Comunale per il corretto svolgimento del soggiorno;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.;

Situazione sanitaria e assistenziale

Il partecipante

- ☐ è autonomo
- ☐ necessita di assistenza occasionale
- ☐ necessita di assistenza continuativa
- ☐ utilizza carrozzina
- ☐ utilizza deambulatore
- ☐ presenta limitazioni motorie
- ☐ presenta limitazioni cognitive
- ☐ presenta allergie o intolleranze

Eventuali ulteriori informazioni utili ai fini della partecipazione al soggiorno:

terapie farmacologiche in corso

Allergie e/o intolleranze alimentari:

Accompagnatore

Il partecipante:

- ☐ NON necessita di accompagnatore
- ☐ necessita di accompagnatore

In caso affermativo

Cognome _____ Nome _____

telefono _____

rapporto con il beneficiario

- ☐ familiare
- ☐ caregiver
- ☐ altro _____

Situazione economica

ISEE Ordinario € _____

Data attestazione _____ Protocollo INPS _____

Documentazione allegata

- ☐ copia di un documento di identità in corso di validità;
- ☐ copia del codice fiscale;
- ☐ attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- ☐ certificazione attestante la condizione di disabilità;
- ☐ verbale di riconoscimento ai sensi della Legge n. 104/1992, ove posseduto;
- ☐ certificazione medica attestante l'idoneità alla partecipazione al soggiorno;
- ☐ eventuale ulteriore documentazione sanitaria utile ai fini della valutazione delle esigenze assistenziali;

- ☐ dichiarazione dell'accompagnatore, qualora prevista;
- ☐ altro: _____.

Dichiarazioni finali

Il sottoscritto dichiara inoltre

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso Pubblico;
- ☐ di accettarne integralmente le condizioni;
- ☐ di essere consapevole che la presentazione della domanda non costituisce diritto all'ammissione;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione dichiarata;
- ☐ di essere a conoscenza che la quota di compartecipazione è determinata in relazione alla fascia ISEE di appartenenza;
- ☐ di autorizzare il Comune ad effettuare i controlli previsti dagli artt. 71 e seguenti del D.P.R. 445/2000;
- ☐ di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, decadrà dai benefici eventualmente concessi, fatte salve le responsabilità penali previste dalla normativa vigente.

Luogo e data

Firma del richiedente

Firma del beneficiario (se diversa)

Firma del tutore/Amministratore di sostegno
