



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI INTERESSATI
A PARTECIPARE AI SERVIZI DI VACANZA PER MINORI CON DISABILITA'**

ANNO 2026

ALLEGATO A

Al Distretto Socio-sanitario RM 5.6
Ufficio di Piano – Osservatorio Sociale
Comune Capofila di Colleferro

Pec: distrettosociosanitario5.6@legalmail.it

(Da compilare da parte del Genitore/ Caregiver/ADS/Tutore della persona con disabilità)

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

residente in (Comune) _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

tel. _____ cell _____ e-mail _____

in qualità di Genitore/ Caregiver/ADS/Tutore di:

(Generalità della persona con disabilità)

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

rapporto di parentela _____

residente in (Comune) _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

DIAGNOSI (come riportato da verbale invalidità) _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

AUSILIO DI SEDIA A ROTELLE

☐ SI

☐ NO

Medico di Medicina Generale _____

Amm.ne di Sostegno SI ☐ NO ☐

Inabilit.ne/Interd.ne SI ☐ NO ☐

I.C._% Indennità di Accompagnamento SI ☐ NO ☐

L.104/92 SI ☐ NO ☐

Comma L.68/99 SI ☐ NO ☐

In attesa di revisione per Invalidità Civile ☐

Tipo di disabilità: Fisica ☐

Psichica ☐ Psico-fisica ☐ Sensoriale ☐

Diagnosi Persona di riferimento (da contattare per la presente istanza) _____

Tel. _____ e-mail: _____

Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela	IC (%)	L 104/92	

Vive: da solo ☐ con un badante ☐ con un solo familiare ☐ con più familiari ☐ Altro _____

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

Centro diurno socio-educativo ☐ _____ Centro diurno ex art 26 ☐ _____

Centro ex art 26 domiciliare ☐ _____ h/sett _____

Contributo di cura disabilità gravissima ☐



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

Assistenza CAD ☐ (tipo e frequenza) _____

Servizio integrato per persone con necessità di sostegno intensivo L.R. n. 20/2006 ☐ _____

Assistenza domiciliare ADI ☐

Progetto in essere del "Durante e dopo di noi" ☐

Residenzialità ☐

CHIEDE

che la persona con disabilità sopra indicata possa essere ammessa alla partecipazione ai servizi di vacanza per persone con disabilità - anno 2026, e sceglie una tra le seguenti modalità (art. 4 dell'Avviso pubblico):

- **Servizio per la vacanza di breve durata assistito:** gite di una sola giornata, senza pernottamento ma comprensive del pasto, per partecipare ad eventi artistici, culturali, sportivi, per conoscere itinerari e luoghi di particolare interesse dal punto di vista artistico/naturalistico, con presenza di operatori per le prestazioni di accompagnamento ed assistenza necessarie;
- **Servizio per la vacanza di breve durata assistito:** weekend, con uno o due pernottamenti, in località di interesse turistico e/o culturale
- **Servizio per la vacanza di gruppo tradizionale assistito**

Esclusivamente per gli utenti in trattamento in (selezionare una delle seguenti tipologia):

- regime residenziale presso **strutture socio sanitarie accreditate al SSR**
- regime semi residenziale presso **strutture socio sanitarie accreditate al SSR**
- servizi residenziali in strutture socio assistenziali, autorizzate ai sensi della L.R. 41/2003 e rispondenti ai requisiti di cui alla DGR 1305/2004
- servizi semi residenziali in strutture socio assistenziali, autorizzate ai sensi della L.R. 41/2003 e rispondenti ai requisiti di cui alla DGR 1305/2004

indicare il nominativo della struttura e gli estremi dell'accreditamento al SSR o al distretto sociosanitario: _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

- Servizio per la vacanza individuale assistito

La mancata selezione di una tipologia o la selezione di più di una tipologia di servizio comporta l'esclusione della domanda di ammissione al servizio di cui trattasi.

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 la persona per la quale si richiede l'ammissione in graduatoria:

- è residente in uno dei Distretto Socio-Sanitario RM 5/6;

selezionare uno a scelta tra	
	è in carico ai servizi socio-sanitari da almeno 6 mesi
	è in carico ai servizi socio-sanitari da meno di 6 mesi, ma il servizio di vacanza è stato valutato congruo rispetto alla progettualità (allegare dichiarazione dell'UVMD)

- è compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all'aperto e al mare, ecc.), riscontrabile mediante certificato del Medico di Medicina Generale o Medico Specialista del S.S.N., allegato alla domanda;
- ha prodotto la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) utile ai fine dell'ISEE per l'annualità 2026, con il seguente numero di protocollo: _____

Qualora la persona con disabilità sia in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità per il 2026 al momento della presentazione della domanda, si chiede di indicare il valore:



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

- ☐ Dichiaro inoltre di non aver presentato domanda per nessun altro contributo vacanza
- ☐ Conferma che in caso di fruizione di altro soggiorno vacanza da altri Enti ne darà prontamente notizia al Servizio.

Il sottoscritto prende atto che la presentazione della domanda non offre certezza di partecipazione essendo, questa, subordinata alle disposizioni aziendali, al finanziamento stanziato e alla valutazione tecnica del Servizio di riferimento.

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 medicina generale o dello specialista del S.S.N. circa l'idoneità dell'utente alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
3. Copia del verbale di riconoscimento dell'handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92, art. 3, co. 1 e 3;
4. In caso di richiesta di servizio di vacanza di breve durata, vacanza di gruppo assistita, vacanza individuale assistita, il parere preliminare dei servizi sociali e sanitari, a seconda della tipologia di servizio scelto (*Art. 4 dell'Avviso Pubblico*).
5. In caso di richiesta di servizio di vacanza breve durata, vacanza di gruppo assistita, vacanza individuale assistita, il progetto dettagliato, a seconda della tipologia di servizio scelto (*Art. 4 dell'Avviso Pubblico*).

Ai sensi del D.L.vo 196/03, il sottoscritto autorizza 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.

Luogo e Data _____

Firma del richiedente/genitore/tutore

NOTA ESPLICATIVA PER LA CERTIFICAZIONE MEDICA



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI
ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO,
MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INTEGRATO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Comune Capofila COLLEFERRO

I richiedenti dovranno produrre una certificazione aggiornata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista del S.S.N., che attesti che l'utente:

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;
5. si adatti alla vita di comunità;
6. non sia nelle condizioni di recare danno a sé stesso, agli altri e alle strutture.

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

