



Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano  
dott. Michele Maria Ippolito

**OGGETTO: Istanza di partecipazione al soggiorno estivo anziani 2024**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Visto l'avviso pubblico per la partecipazione ad un soggiorno estivo per anziani riservato ai cittadini ultrasessantacinquenni residenti nei Comuni di San Giorgio a Cremano e San Sebastiano al Vesuvio ed in possesso dei requisiti richiesti

### **CHIEDE**

di essere ammessa/o a partecipare al suddetto soggiorno.

A tal fine dichiara di:

- essere in grado di provvedere in modo autonomo all'igiene ed alle altre esigenze personali;
- essere in grado di provvedere autonomamente all'assunzione dei farmaci prescritti dal medico curante;
- impegnarsi alla dotazione personale dei farmaci necessari alla propria terapia medica (la tessera sanitaria, i medicinali e le relative prescrizioni devono essere in possesso dell'interessato al momento della partenza);

In casi di necessità, chiede di contattare:

- Nominativo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Nominativo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Nominativo medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Si allega alla presente istanza, la seguente documentazione:

- Certificazione medica a firma del medico di medicina generale che attesta, sotto la propria responsabilità, lo stato di completa autosufficienza e le condizioni di salute non pregiudicanti la partecipazione all'iniziativa;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia documento di identità;

In caso di accoglimento dell'istanza,

- ◆ Si impegna a versare la quota di compartecipazione pari ad € 50,00 e a trasmettere copia del versamento all'ufficio preposto;
- ◆ chiede:
  - di essere alloggiata/o in camera doppia con \_\_\_\_\_;
  - di essere alloggiato in camera singola impegnandosi al pagamento della quota aggiuntiva obbligatoria pari a max € 200,00.

Firma

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Autorizzo il trattamento dei miei dati particolari ai sensi del reg. EU 679/2016 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. mod.*

Firma

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_