



**COMUNE DI OLBIA**  
**PROVINCIA DI GALLURA**  
**NORD EST-SARDEGNA**  
*Settore Servizi alla Persona*

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  
I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  
Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.  
La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  
Olbia li \_\_\_\_\_ Firma per accettazione

**Domanda di partecipazione soggiorno termale persone con disabilità ANNO “2025” ai sensi della Legge Regionale 23/2005**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SE O PER**

\_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_  
(Relazione di parentela)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ ( )

Via \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Di Partecipare al soggiorno termale per persone con disabilità ai sensi della Legge Regionale 23/2005**

*N. B. leggere e sottoscrivere l’informativa sul trattamento dei dati nell’ultima pagina*

Allega i seguenti documenti:

- Copia del documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria;
- Impegnativa per le cure termali;
- Certificato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Certificazione che attesta la compensazione farmacologica e la capacità di affrontare il viaggio e il soggiorno (facoltativa);

\_\_\_\_\_  
(firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di avere necessità dei /del seguente

1. **ACCOMPAGNATORE:** nome cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

2. **ACCOMPAGNATORE:** nome cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

di usufruire della seguente sistemazione alberghiera con gli accompagnatori

- Camera Singola
- Camera doppia
- Camera tripla

Che le cure che effettuerò sono le seguenti:

**TIPOLOGIA CURA**

- INALAZIONI
- FANGHI e BAGNI
- IDROTERAPIA

CHIEDE IMBARCO ASSISTITO:

- SI \_\_\_\_\_
- NO \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a OLBIA Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- Per sé**
- Per conto di** \_\_\_\_\_
- Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_
- In qualità di** \_\_\_\_\_

che la famiglia del richiedente è così composta:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

-che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE**

**ordinario di prestazione** con validità fino al \_\_\_\_\_, è pari ad € \_\_\_\_\_

N.B.

I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DALL'ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO IN CORSO DI VALIDITA'

Che il richiedente del servizio frequenta le seguenti attività di socializzazione:

Firma

- \_\_\_\_\_ (indicare luogo frequentato: associazione, centro di aggregazione, attività sportiva etc)

- nessuna

Che nel nucleo familiare sono presenti altri disabili:

- SI
- NO

Si dichiara altresì

- che il richiedente non è affetto da patologie di cui all'art. 1 dell'avviso che possano compromettere il buon andamento del soggiorno e arrecare pregiudizio agli altri beneficiari.

Dichiara, inoltre, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma