



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 “2026” 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/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:

- _____ (indicare luogo frequentato: associazione, centro di aggregazione, attività sportiva etc)
- nessuna Firma

Che nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità:

- 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

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
