



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

Alle Famiglie richiedenti i Soggiorni Estivi 2020

**Ai Sindaci dei Comuni di Consorzio Valle del Tevere
Agli Assessori alle Politiche Sociali
Ai Servizi Sociali Comunali
All'Associazione Vitalba Onlus
All'Associazione Conosciamoci Meglio insieme è più facile
Alla Asl Roma 4 - Direzione Distretto 4.4.**

Formello, 22 luglio 2020
Prot.1382

OGGETTO: Attuazione Soggiorni estivi 2020 per persone con disabilità

Gentili Famiglie,

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

facciamo seguito alla nostra comunicazione prot.1290 del 10 luglio, per informarvi sull'organizzazione dei soggiorni estivi 2020, definita dopo vari incontri con la ASL Roma 4, Distretto 4.4, che hanno avuto luogo al fine di meglio definire la partecipazione e disponibilità della stessa ASL alla concreta realizzazione degli stessi, oltre che tenere conto di quanti, fra coloro che avevano fatto domanda per partecipare ai soggiorni estivi, hanno risposto al sondaggio svolto dall'Associazione Vitalba, chiedendo di aderire ad un soggiorno di gruppo.

Per questo anno avremo una nuova organizzazione del progetto che si articolerà secondo le seguenti due modalità di soggiorno:

Soggiorno di gruppo

E' previsto per gli utenti che ad oggi hanno risposto nel sondaggio effettuato dall'associazione Vitalba, chiedendo questa modalità.

Si svolgerà, salvo imprevisti, a Cesenatico (FC) presso la struttura alberghiera "12 Stelle", dal 25 agosto al 5 settembre, 12 giorni (11 notti). La struttura risponde ai requisiti previsti per l'emergenza Covid-19 in accordo con la Regione Emilia-Romagna. Gli utenti saranno accompagnati da altrettanti operatori professionali, conosciuti dagli utenti stessi, che ne cureranno la gestione.

Sono in fase di definizione i dettagli operativi e logistici, che saranno comunicati quanto prima gli interessati. Tutto si svolgerà nel rispetto delle norme di prevenzione anti-Covid.

Le famiglie interessate sono pregate di confermare la loro adesione, compilando l'apposito modulo allegato alla presente (vedi All. A) da inviare :

- Ufficio di Piano all'indirizzo mail ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it o consegnandolo a mano presso l'Ufficio di Piano del Consorzio c/o il Comune di Formello, P.zza S. Lorenzo, 8;
- Direzione Sanitaria Distretto 4.4. all'indirizzo mail, direzione.sanitariaf4@aslroma4.it o consegnandola a mano presso la sede Asl di Capena, via Tiberina Km 15,500.

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Le domande dovranno pervenire entro il 31 luglio 2020.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Soggiorni individuali

Coloro che intendono fruire di un soggiorno individuale, potranno richiedere il rimborso delle spese effettuate tramite presentazione delle fatture pagate, presso la ASL e il Comune di residenza.

Il rimborso prevede una diaria giornaliera di Euro 170,40, IVA inclusa, relativa ai costi dell'operatore, (vitto, alloggio, trasporto, compenso professionale), che sono coperti dalla ASL RM4 e includono un contributo per le spese assistenziali del Consorzio Valle del Tevere. Tale rimborso giornaliero è estendibile per un massimo di 12 giorni.

Prevede inoltre il rimborso relativo al soggiorno dell'utente presso strutture di accoglienza (Hotel, pensioni, agriturismi ecc), che va richiesto al Comune di residenza, e non potrà superare la spesa giornaliera di Euro 50,00 per un massimo di giorni 11.

Le famiglie interessate sono pregate di confermare la loro adesione, compilando l'apposito modulo allegato alla presente (vedi All. B) da inviare :

- Ufficio di Piano all'indirizzo mail ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it o consegnandolo a mano presso l'Ufficio di Piano del Consorzio c/o il Comune di Formello, P.zza S. Lorenzo, 8;
- Direzione Sanitaria Distretto 4.4. all'indirizzo mail, direzione.sanitariaf4@aslroma4.it o consegnandola a mano presso la sede Asl di Capena, via Tiberina Km 15,500.

Le domande dovranno pervenire entro il 31 luglio 2020.

Cordiali saluti

Il Direttore

Allegati:

Mod. A: Soggiorno di gruppo

Mod. B: Soggiorni individuali



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

ALL. A

**CONFERMA DI PARTECIPAZIONE AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO
PER DISABILI ADULTI DEL DISTRETTO RM 4.4 - ANNO 2020**

SPETT.LE
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 FORMELLO (RM)
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

SPETT.LE
ASL Roma 4- Distretto 4.4
Via Tiberina 15,500
00060 Capena (RM)
direzione.sanitariaf4@aslroma4.it

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore del Disabile)

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
residente in (Comune)..... Prov.
Via CAP.....
tel..... cell. fax.....
e-mail

in qualità di genitore/ tutore di:

(Generalità del disabile)

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascitarapporto di parentela.....

residente in (Comune)..... Prov.

Via CAP.....

TIPO DI DISABILITA'

AUSILIO DI CARROZZELLA SI NO

PREMESSO CHE

La persona con disabilità sopra indicata, avendo presentato domanda a seguito di Avviso Pubblico del Consorzio Valle del Tevere emesso con Det. Dir. n. 8 del 15.01.2020, è stata ammessa a partecipare al soggiorno estivo di gruppo per disabili 2020;

CONFERMA

La volontà che la persona suindicata possa usufruire del soggiorno estivo di gruppo

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

Luogo e Data

Firma del genitore/tutore

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

ALL. B

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI SOGGIORNI ESTIVI INDIVIDUALI
PER DISABILI ADULTI DEL DISTRETTO RM 4.4
GIÀ AMMESSI AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO - ANNO 2020**

SPETT.LE
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 FORMELLO (RM)
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

SPETT.LE
ASL Roma 4- Distretto 4.4
Via Tiberina 15,500
00060 Capena (RM)
direzione.sanitariaf4@aslroma4.it

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore del Disabile)

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
residente in (Comune)..... Prov.
Via CAP.....
tel..... cell. fax.....
e-mail
in qualità di genitore/ tutore di:(Generalità del disabile)
Cognome.....Nome.....
Data e luogo di nascitarapporto di parentela.....
residente in (Comune)..... Prov.
Via CAP.....
TIPO DI DISABILITA'.....
AUSILIO DI CARROZZELLA SI NO

PREMESSO CHE

La persona con disabilità sopra indicata, avendo presentato domanda a seguito di Avviso Pubblico del Consorzio Valle del Tevere emesso con Det. Dir. n. 8 del 15.01.2020, è stata ammessa a partecipare al soggiorno estivo di gruppo per disabili 2020;

CHIEDE

Che la persona suindicata possa usufruire del rimborso per il soggiorno estivo individuale.

Luogo e Data

Firma del genitore/tutore

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it