# DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

## SOGGIORNO MARINO ESTIVO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

Al Comune di Castel Madama  
 Ufficio Protocollo

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

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

Residente a Castel Madama in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al soggiorno marino estivo per persone diversamente abili organizzato dal Comune di Castel Madama per l'anno 2025.

DICHIARA

- di essere accompagnato/a da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere a conoscenza che l’organizzazione e le spese di viaggio A/R e la tassa di soggiorno, se dovuta, sono a carico del richiedente;

- di essere consapevole che la mancata partecipazione senza giustificato motivo comporta il pagamento dell'intera quota a proprio carico.

Allega alla domanda, **a pena di esclusione**, la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE anno 2025 in corso di validità;

- Copia del documento di riconoscimento dei partecipanti;

- Copia del verbale della commissione per l’invalidità civile e L.104/92;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Castel Madama, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IMPEGNO DELL’ACCOMPAGNATORE

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

in qualità di accompagnatore/trice/tori del partecipante, si impegna/no a versare la caparra confirmatoria richiesta dalla struttura ospitante, pari al 30% del costo del soggiorno, come indicato dall’Amministrazione Comunale.

Dichiara di essere a conoscenza che, in caso di mancata partecipazione senza giustificato motivo, l’intera quota sarà a proprio carico, salvo comprovato ricovero ospedaliero in urgenza.

Castel Madama, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Firma/e dell’/ degli accompagnatore/i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_