

Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ONLUS  
Sede Regionale Pugliese

---

## **REGOLAMENTO SOGGIORNO RICREATIVO E ABILITATIVO, RISERVATO AD UTENTI NON VEDENTI ED IPOVEDENTI CON DISABILITÀ PLURIME. (FASCIA D).**

### **ART. 1 - DESTINATARI**

Il Soggiorno ricreativo e abilitativo è riservato ad un massimo di 24 (ventiquattro) utenti, non vedenti ed ipovedenti con disabilità plurime, iscritti all'UICI ONLUS APS (in regola con il tesseramento), residenti in Puglia, di età compresa fra 1 e 50 anni, salvo eventuali deroghe relative all'età e alla residenza, autorizzate dalla Sede nazionale I.Ri.Fo.R..

Per le specifiche finalità dell'iniziativa, non sono ammessi al Soggiorno ricreativo i familiari/accompagnatori degli utenti coinvolti.

### **ART. 2 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

I legali rappresentanti degli utenti che intendono partecipare al Soggiorno ricreativo devono inoltrare, alla Sede scrivente, a mezzo e-mail, all'indirizzo [puglia@irifor.eu](mailto:puglia@irifor.eu), entro e non oltre il 06 giugno 2022, la domanda di partecipazione, corredata dei relativi documenti, compilando il Modulo allegato, pena la decadenza del diritto dell'utente a partecipare all'iniziativa.

Nel caso in cui, a questa Sede I.Ri.Fo.R. pervenga, entro il 06 giugno 2022, un numero di domande eccedente quello riportato all'Art. 1, sarà data priorità ai primi 24 (ventiquattro) utenti che hanno trasmesso domanda di partecipazione.

In presenza di rinuncia alla partecipazione, il legale rappresentante dell'utente deve trasmettere apposita comunicazione scritta a mezzo mail all'indirizzo [puglia@irifor.eu](mailto:puglia@irifor.eu) entro e non oltre il 13 giugno 2022.

Acquisite le rinunce, sarà possibile l'ammissione al soggiorno per gli utenti eventualmente eccedenti la graduatoria dei primi 24 (ventiquattro).

### **ART. 3 – QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

I legali rappresentanti di coloro che intendono aderire al Soggiorno ricreativo dovranno versare la quota di partecipazione, pari ad euro 600,00 (seicento/00), su C/C Bancario intestato all'I.Ri.Fo.R. Puglia, con codice IBAN:

IT90L0103004000000004533344,  
entro e non oltre il 06 giugno 2022.

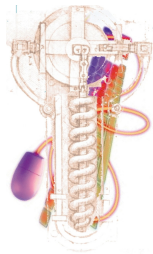
L'ammissione degli utenti all'iniziativa è condizionata, altresì, alla presentazione della copia del Green Pass, attestante la somministrazione del vaccino anti-Covid.

### **ART. 4 – PERSONALE IMPEGNATO**

Gli utenti coinvolti saranno seguiti, durante tutte le attività, con un rapporto di uno a uno, da operatori adeguatamente selezionati, che frequenteranno un corso di formazione propedeutico.

Nell'iniziativa sarà inoltre impegnato un operatore preposto al coordinamento delle attività, scelto fra personale in possesso di esperienze e di competenze.

Pagina 1 di 2



Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione ONLUS  
Sede Regionale Pugliese

---

Gli utenti e gli operatori potranno avvalersi, altresì, della collaborazione di un infermiere professionale, appositamente selezionato.

#### **ART. 5 – SEDE E PERIODO DEL SOGGIORNO RICREATIVO ABILITATIVO**

Il Soggiorno ricreativo e abilitativo, riservato ad utenti non vedenti e ipovedenti con disabilità plurime si svolgerà presso il “VOI DANIELA RESORT” – CONCA SPECCHIULLA – OTRANTO (LE), dal 3 al 10 luglio 2022.

I legali rappresentanti o eventuali delegati potranno provvedere all’accompagnamento degli utenti interessati, presso la Struttura prescelta, nel pomeriggio del 3 luglio 2022, dalle ore 17:00 alle ore 18:30.

Gli stessi provvederanno ad organizzare il rientro degli utenti medesimi domenica 10 luglio 2022, dalle ore 15:00 alle ore 16:30.

Per gli utenti impossibilitati a raggiungere la Sede del Soggiorno, sarà messo a disposizione un pullman, per il viaggio di andata e ritorno.

#### **ART. 6 – SPESE**

Le spese di viaggio, di andata e di ritorno, sono a carico degli utenti coinvolti.

Sono a carico di questa Sede I.Ri.Fo.R. le spese di vitto, alloggio e ogni altra attività connessa all'iniziativa in questione.

#### **ART. 7 - RINUNCIA**

In caso di disdetta, successiva alla presentazione della domanda, per giustificati e motivati impedimenti, comunicati per iscritto a mezzo e-mail, all’indirizzo [puglia@irifor.eu](mailto:puglia@irifor.eu), entro e non oltre il 13 giugno 2022, questa sede I.Ri.Fo.R., potrà provvedere, con giudizio insindacabile, all’eventuale rimborso, in percentuale, della quota di partecipazione, solo dopo aver valutato le cause certificate della mancata adesione all’iniziativa.

N. B.: Si allega Modulo-domanda e Dichiarazione di assunzione responsabilità.

Il Presidente Regionale  
Paolo LACORTE

Al Presidente  
Dell'I.Ri.Fo.R. ONLUS Sede Regionale Pugliese  
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - Soggiorno ricreativo e abilitativo, rivolto ad utenti non vedenti ed ipovedenti, con disabilità plurime. "Insieme, impariamo, ci divertiamo, scoprendo con gioia le nostre conquiste e quelle altrui".**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )

c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. (numero di rete fissa) \_\_\_\_\_ e

cell. \_\_\_\_\_ E- mail: \_\_\_\_\_

legale rappresentante dell'utente \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )

c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**CHIEDE**

Che l'utente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
possa partecipare al **SOGGIORNO RICREATIVO E ABILITATIVO RIVOLTO AD UTENTI NON VEDENTI ED IPOVEDENTI CON DISABILITÀ PLURIME** che si terrà dal 3 al 10 luglio 2022, presso Voi Daniela Resort sito in Otranto (Le) 73028 Conca Specchiulla. A tal fine, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- che l'utente è  non vedente  ipovedente (Legge 138/2001), come da certificazione/verbale allegato in copia;
- che l'utente presenta minorazioni aggiuntive, come si evince dalla certificazione/verbale allegato in copia;
- che l'utente necessita di costante aiuto nel movimento, nella gestione e nella cura della propria persona;
- che il proprio medico di medicina generale è il Dr.:

nome e cognome \_\_\_\_\_

sede dello studio (Paese/ Provincia) \_\_\_\_\_ recapiti \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì:

- di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente in ogni sua clausola;
- di impegnarsi a versare, entro il 6 giugno 2022, sul conto corrente intestato all'I.Ri.Fo.R. Puglia (IBAN:IT90L010300400000004533344), la somma di euro 600,00 (seicento/00), per la partecipazione dell'utente all'iniziativa di cui trattasi.

Allega alla presente:

1. fotocopia della tessera di iscrizione all'UICI ONLUS APS;
2. fotocopia verbale di commissione medica (o altra certificazione medica equipollente) attestante la condizione di non vedente o ipovedente;
3. fotocopia della certificazione/verbale attestante la disabilità aggiuntiva;
4. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, di chi sottoscrive la domanda e dell'utente;
5. fotocopia della tessera sanitaria dell'utente;
6. certificato medico di idoneità alla partecipazione al Soggiorno ricreativo, attestante eventuali terapie farmacologiche e posologia di somministrazione, possibili situazioni e/o patologie che richiedono interventi particolari e tempestivi, intolleranze alimentari, allergie, diete particolari, altro;
7. fotocopia del Green Pass (Certificazione verde Covid-19) dell'utente;
8. ricevuta del versamento della quota di partecipazione;
9. dichiarazione di assunzione di responsabilità;

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'utente \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda di partecipazione e relativi allegati in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Al Presidente  
Dell'I.Ri.Fo.R. ONLUS Sede Regionale Pugliese  
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' - SOGGIORNO RICREATIVO E ABILITATIVO RIVOLTO AD UTENTI NON VEDENTI ED IPOVEDENTI CON DISABILITÀ PLURIME**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )

c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. / cell. \_\_\_\_\_

E- mail: \_\_\_\_\_

legale rappresentante dell'utente \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )

c.a.p. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**AUTORIZZA**

\_\_\_\_\_ (*nome e cognome dell'utente*) a partecipare alle attività che saranno svolte durante il **SOGGIORNO RICREATIVO E ABILITATIVO RIVOLTO AD UTENTI NON VEDENTI ED IPOVEDENTI CON DISABILITÀ PLURIME** che si terrà dal 3 al 10 luglio 2022, presso il Voi Daniela Resort sito in Otranto (Le) 73028 Conca Specchiulla, con eventuali escursioni in altre località.

Dichiara sin d'ora di tenere indenne, garantire e manlevare l'I.Ri.Fo.R. ONLUS Sede Regionale Pugliese da ogni e qualsiasi responsabilità per qualsiasi danno che \_\_\_\_\_ (*nome e cognome dell'utente*) dovesse arrecare a sé, a terzi e/o a strutture.

AUTORIZZA     NON AUTORIZZA

L'Istituto ad effettuare riprese fotografiche e audio-video, per la creazione di filmati e/o per riprese televisive da parte dei media locali e nazionali, relative alle attività svolte durante l'iniziativa.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_