

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

Bando I.Ri.Fo.R. Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2026
“Sentieri di Autonomia – Soggiorno Estivo Abilitativo-Riabilitativo” codice identificativo n. 18/26
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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 abilitativo e riabilitativo per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive gravi e gravissime che si
terrà dal 28 giugno all'8 luglio 2026, presso Toccaciolo Hotel Village, Contrada Laccata – Nova Siri Marina (MT). 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 termine indicato nel regolamento, sul conto corrente intestato all'I.Ri.Fo.R. Puglia (IBAN:IT90L0103004000000004533344) la somma di euro 800,00 (ottocento/00) per la partecipazione dell'utente all'iniziativa di cui trattasi

Allega alla presente:

1. fotocopia della tessera di iscrizione all'UICI ETS 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, 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. ricevuta del versamento della quota di partecipazione;
8. 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. Sede Regionale Pugliese
Via Pellegrini n. 37 - 70124 BARI

Bando I.Ri.Fo.R. Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2026
“Sentieri di Autonomia – Soggiorno Estivo Abilitativo-Riabilitativo” codice identificativo n. 18/26
DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

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. _____

AUTORIZZA

_____ (nome e cognome dell'utente) a partecipare alle attività che saranno svolte durante il Soggiorno abilitativo e riabilitativo per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive gravi e gravissime che si terrà dal 28 giugno all'8 luglio 2026, presso Toccaciolo Hotel Village, Contrada Laccata – Nova Siri Marina (MT), con eventuali escursioni in altre località. Dichiaro sin d'ora di tenere indenne, garantire e manlevare l'I.Ri.Fo.R. 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
