

dal 19/5 ore 9.30 - 12.30 solo Mercoledì c/o Auser
P.zza Valli 17

SOGGIORNO ESTIVO PER ANZIANI

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Medico curante _____

Giudizio sullo stato di salute: _____

Giudizio sullo stato autosufficienza fisica e psichica (si intende autosufficiente fisico e psichico il soggetto che è in grado di muoversi liberamente, provvedere in modo autonomo all'igiene personale e ad altre esigenze personali, essere in grado di intrattenere relazioni sociali). _____

Malattie in atto: _____

Malattie pregresse: (particolari patologie o ricoveri ospedalieri e loro cause- no Covid -19)

VACCINAZIONE COVID-19 EFFETTUATA : _____

TAMPONE COVID-19 EFFETTUATO: _____

Gruppo sanguigno: _____

Eventuali allergie medicamentose o alimentari: _____

Cure mediche in atto: nome dei medicinali e loro somministrazione (i medicinali e le relative

Prescrizioni dovranno essere in possesso dell'interessato/a al momento della

Partenza): _____

Dieta consigliata _____

Eventuali controindicazioni per il soggiorno : Marino Montano Nessuno

Per comunicazioni urgenti rivolgersi a: _____

Ponsacco,

Firma del medico curante

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE
AL SOGGIORNO ANZIANI - AL MARE - ANNO 2021**

- Al Presidente dell'Associazione AUSER di Ponsacco
- Piazza R. Valli,17----- Tel.cell. 349-1638435---335-1209983

Il/La sottoscritto/a

Nato/a:.....il
C.F.

Residente a

Via/Piazza.....n°.....Tel.....Cell.....
Cell. /Tel. Familiare.....

Preso atto dell'avviso pubblicato dalla vostra Associazione relativo al soggiorno estivo a

RICCIONE

Dal 29 Agosto al 11 Settembre

CHIEDE di ESSERE AMMESSO A TALE SOGGIORNO

A tale scopo, dichiara:

- Di essere in condizioni fisiche e psichiche di autosufficienza.
- Di presentare CERTIFICATO MEDICO prima della partenza con avvenuta VACCINAZIONE COVID-19 o di avvenuto TAMPONE Covid-19.
- Di impegnarsi fin da ora a partecipare alla spesa del soggiorno, nella misura stabilita.
- Di preferire l'abbinamento con il/la sig./ra:.....
- Marito/Moglie Sig.re/ra

ALLEGA

Scheda sanitaria redatta dal medico curante

**DICHIARA di ACCETTARE IL SEGUENTE REGOLAMENTO E
TUTTE LE NORMATIVE COVID-19**

1. Al momento della consegna della presente domanda verserà 50% come acconto quota d'iscrizione a mezzo Bollettino Postale all'Agenzia Montanari Tour di Rimini; che verrà detratta dalla somma totale a suo carico, da pagare entro non oltre 10gg. dalla data di partenza, sempre all'Agenzia Montanari.
2. **In caso di rinuncia al soggiorno, non giustificato da gravi problemi familiari o di salute, i rinunciatari dovranno pagare le penalità che eventualmente gli albergatori applicheranno all'Associazione, secondo quanto stabilito nella convenzione.**
3. **In caso di rientri anticipati, senza gravi e giustificati problemi di salute, dovrà essere pagata ugualmente la quota di pernottamento per i giorni mancanti, nella stessa misura stabilita dall'albergatore e riportata nella convenzione.**
4. Dichiaro si essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30/06/2003 n°196 che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(N.B. LA PRESENTE DOMANDA D'ISCRIZIONE SARA' VALIDA AL MOMEMTO CHE VERRA' RICONSEGNAO IL BOLLETTINO PAGATO D'ACCONTO.

Firma del richiedente

Ponsacco,.....

.....

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO ESTIVO
In montagna 2021

- Al Presidente dell'Associazione AUSER di Ponsacco
- Piazza R. Valli, 17---- Cell. 349-1638435---335-1209983

Il/La sottoscritto/a

Nato/a:.....

C.F.....

Residente a

Via/Piazza.....n°.....Tel.....Cell.....

Cell. /Tel. Familiare.....

Preso atto dell'avviso pubblicato dalla vostra Associazione relativo al soggiorno estivo a

BAGNO di RONAGNA

Dal 10 al 17 Luglio

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO A TALE SOGGIORNO

A tale scopo, dichiara:

- Di essere in condizioni fisiche e psichiche di autosufficienza.
- Di presentare CERTIFICATO MEDICO prima della partenza con avvenuta VACCINAZIONE COVID-19 o di avvenuto TAMPONE Covid-19.
- Di impegnarsi fin da ora a partecipare alla spesa del soggiorno, nella misura stabilita.
- Di preferire l'abbinamento con il/la sig./ra:.....
- Marito/Moglie Sig.re/ra

ALLEGA

Scheda sanitaria redatta dal medico curante

DICHIARA DI ACCETTARE IL SEGUENTE REGOLAMENTO E
TUTTE LE NORMATIVE COVID-19

1. Al momento della consegna della presente domanda verserà €100,00 come acconto quota d'iscrizione, che verrà detratta dalla somma totale a suo carico. Il saldo da pagare entro 2 LUGLIO sarà versato a mezzo bonifico bancario .
2. **In caso di rinuncia al soggiorno, non giustificato da gravi problemi familiari o di salute, i rinunciatarî dovranno pagare le penalità che eventualmente gli albergatori applicheranno all'Associazione, secondo quanto stabilito nella convenzione.**
3. **In caso di rientri anticipati, senza gravi e giustificati problemi di salute, dovrà essere pagata ugualmente la quota di pernottamento per i giorni mancanti, nella stessa misura stabilita dall'albergatore e riportata nella convenzione.**
4. Dichiaro si essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30/06/2003 n°196 che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente

Ponsacco ,.....

.....