

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 compartecipare 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 di 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 MOMENTO CHE VERRA' RICONSEGNA TO 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 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.

Firma del richiedente

Ponsacco ,.....

.....