

**Mod. 1 (per partecipanti singoli)**

Al Comune di S O R A  
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al soggiorno estivo per anziani/invalidi/pensionati a Scalea (CS), dal 31/08/2025 al 14/09/2025.

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare al soggiorno estivo, organizzato da codesta Amministrazione Comunale presso l'hotel "SANTA CATERINA VILLAGE" sito a Scalea (CS), Corso Mediterraneo n. 172, dal 31/08/2025 al 14/09/2025, al costo per persona di **Euro 973,14 (supplemento singola di euro 280,00)**, comprensivo di pensione completa per 14 giorni, viaggio a/r, sosta, nel viaggio di ritorno, presso una località di interesse turistico-religioso da definire, comprensivo di pranzo in ristorante in loco, e

**DICHIARA**

- Di essere a conoscenza, che l'eventuale rinuncia anticipata al soggiorno non darà diritto ad alcun rimborso e l'eventuale rientro anticipato sarà a propria cura e spese, ad esclusione dei casi coperti dall'assicurazione;
- Di essere a conoscenza che i posti in pullman e le camere in albergo saranno assegnate in modo casuale;
- Di essere a conoscenza che **la tassa di soggiorno sarà a suo carico e dovrà essere pagata direttamente alla struttura alberghiera al momento dell'arrivo;**
- Di essere a conoscenza che qualora le richieste di camere singole superassero la disponibilità le stesse verranno riservate ai richiedenti con ISEE più bassa;
- Che la propria situazione reddituale è quella riportata nella dichiarazione ISEE (allegata). **(In caso di mancata presentazione verrà applicata la tariffa massima);**
- Di impegnarsi a versare il relativo saldo entro e non oltre il termine del 26 agosto 2025;

Allega alla presente:

- 1.certificato medico attestante che le condizioni di salute consentono al richiedente: di essere autonomo, di affrontare il viaggio di A/R in pullman in qualunque posizione di posto, di poter partecipare al soggiorno marino, di alloggiare in albergo nella camera che verrà assegnata, attestante altresì le terapie cui è sottoposto con gli orari e le modalità di somministrazione dei medicinali;
- 2.certificazione ISEE, del richiedente, rilasciata dal CAF, valida per l'anno corrente **(In caso di mancata presentazione verrà applicata la tariffa massima);**
- 3.Copia del versamento di un anticipo di €. 100,00 a titolo di caparra

In caso di necessità, durante il soggiorno contattare il seguente numero telefonico \_\_\_\_\_

Indicare preferenza stanza (barrare l'opzione preferita):

- Stanza singola
- Stanza doppia  da condividere con \_\_\_\_\_

Sora, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**La presente istanza va presentata entro il 08 agosto 2025**

**Soggiorno estivo 2025**