



CITTA' di SUBIACO

Città Metropolitana di Roma Capitale
DISTRETTO RM 5.4

Allegato B

Richiesta di partecipazione al servizio per la vacanza individuale e autogestito Anno 2026

Distretto Sanitario RM 5.4

Il/La sottoscritta sig./ra _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Residente in _____

Recapito telefonico _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA per l'utente (nome e cognome)

Di effettuare il soggiorno vacanza2026 individuale ☐ autogestito ☐

in località _____

nel periodo dal _____ al _____

con lo scopo di raggiungere gli obiettivi di:

per la seguente motivazione:

Inoltre dichiaro al fine di ricevere il rimborso previsto di:

A) presentare al Vs ufficio alla fine del soggiorno la documentazione, distinta per operatore e per utente, composta da **fatture, ricevute fiscali e/o scontrini parlanti**, delle spese sostenute secondo le indicazioni riportate di seguito e da me accettate, per oneri di vitto, alloggio, trasporto, assicurazione e costo dell'operatore di assistenza, come previsto dalla Deliberazione 19 dicembre 2024, n. 1121, punto 8.1.d.

B) presentare al Vs ufficio la relazione finale del soggiorno relativa al raggiungimento o meno degli obiettivi stabiliti ed alle eventuali criticità incontrate, redatta sia dal sottoscritto/a sia dall'accompagnatore che ha prestato l'assistenza.

C) essere a conoscenza di dover anticipare tutte le spese del soggiorno in attesa che il Distretto socio sanitario RM 5.4 possa deliberare il rimborso delle spese.

D) Sollevare il Distretto RM 5.4 da ogni responsabilità civile, penale per ogni danno derivante dallo svolgimento del soggiorno.

E) comunicare come di seguito indicato, le mie coordinate bancarie/postali dove chiedo che venga accreditato il rimborso al sottoscritto sig./ra _____

Banca _____

Allego fotocopia del Codice Fiscale ed IBAN

Data

In fede
