



COMUNE DI URBINO

Settore Affari Generali, Politiche Sociali, Protocollo e Archivio

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
VACANZE ANZIANI ANNO 2021**

...L.....SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A AIL.....

RESIDENTE A URBINO

IN VIA.....N°.....TEL.....

Eventuale altro telefono (*figlio, nipote,
conoscente ecc.*)

C.F. _____

Cognome e nome coniuge iscritto alle Vacanze

Anziani.....

Chiede di partecipare ad una delle seguenti iniziative organizzate dal Comune di Urbino
(*Esprimere la preferenza barrando le iniziative a cui si intende partecipare*)

SOGGIORNO DIURNO EX RISTORO "BELVEDERE" LOC. CESANE
(**DAL 05 AL 23 LUGLIO 2021 - DAL LUNEDI' AL VENERDI'**)

Il/La Sottoscritto/a si impegna a versare:

-
- Euro 20,00 quota fissa;
 - Euro 5,00 quota giornaliera da pagare al termine dell'iniziativa in base alle presenze effettive;

Oppure

- Euro 9,00 quale quota giornaliera per coloro che intendono partecipare all'iniziativa solo saltuariamente senza pagare la quota fissa, da pagare al termine dell'iniziativa in base alle presenze effettive;

TRASPORTO BAGNI LALLO DI PESARO (DAL 30 AGOSTO AL 10 SETTEMBRE 2021 - DA LUNEDI' A VENERDI')

Quota di Partecipazione Euro 85,00 comprensiva di Trasporto e Servizio Spiaggia

Il/La Sottoscritto/a si impegna a versare:

- Euro 45,00 al momento dell'iscrizione
 Euro 40,00 il primo giorno dell'iniziativa direttamente allo stabilimento balneare

PREFERENZA OMBRELLONE: _____

TERME DI PETRIANO (DAL 20 SETTEMBRE AL 02 OTTOBRE 2021)

Quota di partecipazione per l'intero periodo Euro 20,00 DA VERSARE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE

TIPO DI CURA RICHIESTA: _____

CORSO IN PISCINA (DAL 04 al 28 OTTOBRE 2021- LUNEDI' E GIOVEDI')

Quota di Partecipazione: Euro 27,00 comprensivo di n.8 accessi in piscina e di tesseramento. Ogni lezione dovrà avere un numero minimo di 4 partecipanti.

E' NECESSARIO PRESENTARE CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE

Richiede il trasporto (ESCLUSA PISCINA) con i bus SI NO

Eventuale preferenza per il punto di raccolta (*Indicare di seguito riferimenti*)

ALBERGO PIERO DELLA FRANCESCA

VIA ZENA MANCINI

VIA PELLIPARIO

GIRO DEI DEBITORI

BORGO MERCATALE

CONSORZIO

TRASANNI

Si allega copia del Documento di identità

DATA _____

FIRMA _____

Esprimo il consenso *oppure*

non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza per l'Iniziativa Vacanze Anziani anno 2021

FIRMA _____

AUTODICHIARAZIONE PER UTENTE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
il _____, a _____, residente
a _____, in
via _____, n. _____,

Per il progetto Vacanze Anziani anno 2021

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445), in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti.

DICHIARA

1. di essere consapevole che, pur rispettando le indicazioni, e precauzioni e le misure di controllo per limitare il contagio da COVID-19, non è possibile azzerare completamente il rischio di contagio;
2. di essere consapevole che il rischio di contagio va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste da appositi protocolli per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto delle Vacanze Anziani 2021;
3. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna

SI IMPEGNA

A mettere in atto tutte le misure preventive per evitare la diffusione delle malattie trasmesse per via respiratoria, e in particolare:

1. Lavarsi spesso le mani, con acqua e sapone o con soluzioni a base di alcol, per eliminare il virus dalle mani;
2. Mantenere una distanza di almeno due metri dalle altre persone;
3. Evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani;
4. Evitare abbracci e strette di mano;
5. Starnutire o tossire in un fazzoletto, evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
6. Evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
7. Non prendere farmaci antivirali o antibiotici, a meno che siano prescritti dal medico;
8. Pulire le superfici con disinfettate a base di cloro e alcol;
9. Usare i DPI (Dispositivi di protezione Individuale);
10. Sospendere immediatamente la frequenza dell'iniziativa cui si aderisce, in caso di comparsa di sintomi o riscontrata positività al Covid 19 del sottoscritto, di altri componenti del mio nucleo familiare e/o di altre persone entrate in contatto con me e/o con i componenti del mio nucleo familiare.

Di impegnarsi a comunicare all' Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di riferimento qualsiasi situazione che possa compromettere lo svolgimento dell'iniziativa in sicurezza.

SI ALLEGA COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

Data, _____

Firma
