

# ESSENZA DI ROS-MARINO

## Bando I.Ri.Fo.R. “Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2024”

Bando per il finanziamento di Soggiorni ricreativi e abilitativi rivolti a bambini e adulti ciechi e ipovedenti e con disabilità aggiuntive

Anche quest'anno l'I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale del Lazio ha aderito al Bando I.Ri.Fo.R. “Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi anno 2024” per il finanziamento di Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi rivolti a bambini e adulti ciechi e ipovedenti e con disabilità aggiuntive.

In riferimento alla tipologia "C" prevista dal bando “Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive medie, gravi e gravissime (età 1 – 50 anni)”, l'I.Ri.Fo.R. Lazio ha proposto il progetto "ESSENZA DI ROS-MARINO", con il finanziamento dell'A.S.P. **Disabile Visiva S. Alessio Margherita di Savoia**, ed in collaborazione con l'Associazione **Con I Miei Occhi** e l'**Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti Consiglio Regionale del Lazio**, che sarà realizzato **dal 7 al 14 Settembre 2024** presso l'**Hotel Roses**, in località Roseto Degli Abruzzi.

La collaborazione con l'A.S.P. S. Alessio Margherita di Savoia è frutto dell'adesione di I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale del Lazio alla “Manifestazioni di interesse da parte di organismi del terzo settore disponibili alla co-progettazione per la realizzazione di interventi educativi con finalità riabilitative nel periodo estivo” indetta dall'ASP in virtù dell'art.56 del D. Lgs n. 117 del 3 luglio 2017, avente ad oggetto “Coinvolgimento degli enti del Terzo settore”

**ESSENZA DI ROS-MARINO** ha l'obiettivo di realizzare un soggiorno ricreativo, di abilitazione e socializzazione, al di fuori del contesto familiare, rivolto a soggetti con minorazioni della vista e con disabilità aggiuntive gravi e gravissime di età compresa tra 1 e 50 anni.

Il soggiorno, di 8 giorni è rivolto a 22 beneficiari, residenti nella Regione Lazio, e verrà realizzato in una struttura accessibile, fornita di piscina e accesso alla spiaggia, di stanze molto ampie, con tutti i servizi di pensione completa e meta turistica per tutti coloro che amano il mare.

Ai beneficiari saranno proposte, adattandole individualmente, grazie ad un rapporto 1:1 tra beneficiario ed operatore, attività di socializzazione, attività motorie, stimolazione basale/sensoriale, laboratori espressivi, acquaticità, attività ludico-educativa in spiaggia, autonomia domestica e personale.

### **Prima di inviare l'adesione leggere attentamente le seguenti indicazioni il cui rispetto è indispensabile:**

1. Data la natura del progetto specifico di tipo educativo/abilitativo e di sperimentazione dell'autonomia al di fuori del contesto familiare, e del sollievo che si intende apportare alla famiglia, non è ammessa la partecipazione di familiari e operatori aggiuntivi, oltre le figure professionali previste dal progetto specifico.
2. L'ammissione degli aspiranti partecipanti al soggiorno sarà valutata dal Comitato Scientifico dell'Istituto e del Medico responsabile in base a criteri di sicurezza clinica, salute generale, valutazione dei rischi clinici, posti disponibili e priorità di ricezione.
3. Il soggiorno prevede una polizza assicurativa sugli infortuni di tutti i partecipanti ma eventuali danni a cose e persone derivanti da azioni commesse dal beneficiario, verranno risarcite dalla famiglia.
4. Il soggiorno prevede la presenza di un medico 24h pertanto le famiglie sono tenute a dichiarare nell'ambito del questionario AVQ e del certificato medico da allegare, ogni terapia, compresa di integratori, sia abituale che di emergenza. La struttura declina ogni responsabilità in caso di omissioni delle suddette informazioni.
5. L'arrivo e la partenza dalla struttura del soggiorno possono essere solo nei giorni indicati e non sono ammesse deroghe. L'uscita anticipata dal soggiorno è ammessa solo per gravi e documentati motivi e non sono ammessi rimborsi.
6. In caso di irreperibilità va sempre indicato il nominativo e il numero di telefono di una persona responsabile indicata dalla famiglia da contattare in caso di emergenza e di non reperimento dei genitori;
7. Il programma delle attività del soggiorno e le modalità di svolgimento e monitoraggio delle stesse sono ad esclusiva responsabilità del coordinatore del soggiorno, cui tutti gli operatori faranno riferimento. Non sono ammesse iniziative autonome da parte degli operatori, che prevedono allontanamenti isolati dal gruppo, per sensati motivi di sicurezza e responsabilità.

## **ESSENZA DI ROS-MARINO**

**Bando I.Ri.Fo.R. 2024 “Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2024”**  
Bando per il finanziamento di Soggiorni ricreativi e abilitativi rivolti a bambini e adulti ciechi e ipovedenti e con disabilità aggiuntive

Soggiorno abilitativo e riabilitativo estivi per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive medie, gravi e gravissime (età 1 – 50 anni)

**PERIODO**                    arrivo 7 Settembre – partenza 14 Settembre 2024  
**DURATA**                    8 giorni  
**STRUTTURA**                ROSES HOTEL  
                                     Viale Makarska, 1 – 64026 Roseto Degli Abruzzi (TE)

*(Compilare in stampatello)*

**I sottoscritti (genitori/tutori)**

**Cognome e nome (padre)** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono/Cellulare** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Cognome e nome (madre)** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono/Cellulare** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Cognome e nome (tutore)** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono/Cellulare** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**CHIEDE/CHIEDONO l'iscrizione al soggiorno 2024 ESSENZA DI ROS-MARINO del proprio figlio/a o persona che rappresenta in qualità di tutore o affidatario:**

**Cognome e nome (partecipante)** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

**INDICA/INDICANO sotto la propria responsabilità, quale operatore che si occuperà del/della partecipante:**

**Cognome e nome (operatore)** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO a versare la quota di compartecipazione di € 650,00 (seicentocinquanta/00) comprendente la pensione completa del soggiorno per il partecipante ed il suo operatore, nonché tutte le attività abilitative previste.

**IMPORTANTE!**

**Eventuali ausili personali e oggetti utili alla cura della persona sono a discrezione e devono essere procurati dalle famiglie.**

**Le famiglie raggiungeranno il luogo del soggiorno in modo autonomo.**

Il versamento di € 650,00 dovrà essere effettuato a I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale del Lazio tramite Bonifico Bancario.

Intestato a: I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale del Lazio

IBAN: IT83Z0306234210000002087245

CAUSALE: Soggiorno C “COGNOME e NOME partecipante”

**IN CASO DI RINUNCIA LA QUOTA NON VERRA' RIMBORSATA**

**E' NECESSARIO IL NULLA OSTA DEL MEDICO CURANTE SULLE CONDIZIONI FISICHE E SUI FARMACI ASSUNTI DAL PARTECIPANTE. COME DA QUESTIONARIO ALLEGATO. IN ASSENZA DEI CERTIFICATI NON SARA' POSSIBILE L'AMMISSIONE AL SOGGIORNO.**

**L'iscrizione dovrà pervenire, *pena l'esclusione*, all'I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale del Lazio entro il giorno 09 AGOSTO 2024 via e-mail ([lazio@irifor.eu](mailto:lazio@irifor.eu)) inviando i seguenti documenti:**

- modulo di iscrizione debitamente compilato e firmato;
- modulo della privacy compilato e firmato;
- ricevuta di bonifico di € 650,00;
- certificazione di invalidità: cecità + minorazioni aggiuntive (verbale di accertamento);
- questionario anamnestico, compilato e firmato;
- nulla osta del medico curante ed elenco farmaci assunti;

**TUTTI I DOCUMENTI DOVRANNO PERVENIRE IN UN UNICO FILE PDF, PER TIPOLOGIA DI ALLEGATO, OPPURE UN PDF UNICO COMPLESSIVO, NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE FOTOGRAFIE DI PAGINE SINGOLE O FILE PDF DI PAGINE SINGOLE PER OGNI PAGINA.**

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Io sottoscritto (utente) /I sottoscritti (genitori/tutori)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dichiaro/i amo** di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e sensibili *ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, anche "Regolamento Privacy"*, allegata alla domanda, e ne autorizzo tale trattamento.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA/FIRME**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LIBERATORIA PER UTILIZZO IMMAGINI E VIDEO

Io sottoscritto (utente) /I sottoscritti (genitori/tutori)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA / AUTORIZZANO l'Istituto per la Ricerca la Formazione e la Riabilitazione – Consiglio Regionale del Lazio** sita a Roma in Via Collalto Sabino 14, 00199 Roma per l'uso, la riproduzione e la pubblicazione con ogni mezzo tecnico dei filmati e delle immagini riprese, durante il soggiorno ESSENZA DI ROS-MARINO ritraenti il partecipante.

.....  
Il/i sottoscritto/i, sia in proprio che nella qualità come sopra, confermo/confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso.

La posa e l'utilizzo delle riprese e delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita ed in maniera totalmente corretta. Le riprese e le fotografie potranno essere utilizzate nel mondo intero ed in tutti gli ambiti (mostre, concorsi, proiezioni, internet, pubblicità, edizione, stampa). Ne vieta altresì l'uso in tutti i casi che ne pregiudichino l'onore, la reputazione ed il decoro della propria persona, ai sensi dell'art. 97 legge n° 633/41 ed art. 10 del Codice Civile. Ai sensi dell'art. 98 legge n° 633/41 ed in conformità alla sentenza della Corte di Cassazione n. 4094 del 28/6/1980, le immagini in originale (files digitali sorgenti e/o negativi su pellicola) si intendono di proprietà del fotografo. La presente liberatoria ha validità illimitata e viene redatta e sottoscritta per esteso in doppia copia, garantendo di aver letto la presente, di averne compreso il contenuto e di avere il diritto di firmare. Una copia viene trattenuta dai genitori/tutori del soggetto ripreso e l'altra consegnata al fotografo.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA/FIRME**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_