

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A SOGGIORNO

Anno 2014

Al Presidente dell'Union 3
Per il tramite il SINDACO
Del Comune di _____

Il sottoscritt _____ nato a _____
Il _____ e residente in _____ alla via _____
n. _____ Tel. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

Di poter partecipare al Soggiorno Termale per Anziani Anno 2014 a: (segnare con una crocetta il servizio o la località prescelta):

- SERVIZIO GIORNALIERO gg. 13, di cui 12 di cura e 1 visita domiciliare, con esclusione della Fangoterapia (Quota di partecipazione al soggiorno € 57,00 da versare con bonifico bancario sul c/c dell'Union 3 - cod - IBAN IT 5310103079580000002361987e/o Banca Monte dei Paschi di Siena - Filiale di Copertino - Causale: Partecipazione soggiorni climatici Anno 2014, per il periodo 13/10/2014 - 25/10/2014 o 27/10/2014 - 08/11/2014;

Servizio fisso per la durata di gg. 13, di cui nr. 12 di cure:

- Recoaro Terme dal 01/09/2014 al 13/09/2014;
- Abano Terme dal 24/08/2014 al 06/09/2014 (Comune di Lequile);
- Fiuggi dal 01/09/2014 al 13/09/2014;
- Villamaina dal 15/09/2014 al 26/09/2014;
- Santa Cesarea Terme
I° Periodo dal 01/09/2014 al 13/09/2014;
II° Periodo dal 14/09/2014 al 27/09/2014;
- Salsomaggiore Terme
I° Periodo dal 03/09/2014 al 15/09/2014
II° Periodo dal 22/09/2014 al 05/10/2014

Gli utenti interessati dovranno presentare apposita domanda entro il 26/08/2014

(Eventuali scelte di località climatiche diverse da quelle indicate dai Comuni ove i cittadini risiedono saranno valutate in base alla disponibilità dei posti a sedere)

Di poter alloggiare (pur consapevole che, ad eccezione delle coppie di coniugi, il rispetto di tali preferenze sarà secondario rispetto alle esigenze organizzative generali) in:

Utilizzo sala polifunzionale

- Stanza singola, con pagamento di supplemento
- Stanza doppia da condividere con _____
Indicare nome e cognome
- Matrimoniale da condividere con _____
Indicare nome e cognome

Che, in caso di necessità, i parenti contattati dall'Amministrazione e dagli organizzatori siano:

Cognome e nome	Parentela	Indirizzo	Telefono
_____	_____	_____	_____

DICHIARA

- di essere consapevole che, eventuali istanze di partecipanti superiore al numero dei posti a sedere del pullman o della disponibilità degli Alberghi verranno selezionate in base ai seguenti criteri:
 1. coppie di coniugi (60 anni le donne, 65 gli uomini);
 2. persone sole;
 3. in mancanza di posti disponibili, si provvederà al sorteggio pubblico;
- di non essere titolare di pensione di accompagnamento;
- che l'ISEE del proprio nucleo familiare è pari ad € _____,00:

ALLEGA

- Stato di autosufficienza psico-fisica, certificata dal medico curante o certificazione del medico di famiglia, nella quale vengono prescritte le cure termali;
- Prescrizione medica relativa alla cura da effettuarsi;
- Fotocopia di un documento valido di identità

In Fede

Il sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per il servizio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data

FIRMA