

DOMANDA DI ISCRIZIONE

SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI PER LA TERZA ETÀ - ANNO 2017 -

Al Presidente dell'Union3

Per il tramite del Sindaco del Comune di PORTO CESAREO

Il/la sottoscritto/a _____ Maschio Femmina

Nato/a il _____ a _____ residente a

_____ (____)
Via _____ n° _____ CAP _____ TEL. ____/____

Codice Fiscale

CHIEDE DI PARTECIPARE

(barrare la casella che interessa)

SERVIZIO TRASPORTO GIORNALIERO PER CURE TERMALI SANTA CESAREA TERME
(ciclo cure termali escluso fango terapia). Turno unico dal 02/10/2017 al 14/10/2017 . 13 GIORNI(di cui 12 giorni di ciclo cure e 1 di visita medica).

* * *

SERVIZIO FISSO TRASPORTO PER SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI:

(barrare la casella che interessa)

DESTINAZIONI E PREFERENZE DEI COMUNI	CASELLA DA BARRARE	PERIODO E DATE 13 GIORNI (di cui 12 giorni di ciclo cure)			
MONTECATINI T. (Copertino)* Hotel UNIVERSO	<input type="checkbox"/>	TURNO UNICO <table border="1"><tr><td>DAL 01/10/2017</td><td>AL 15/10/2017</td></tr></table>	DAL 01/10/2017	AL 15/10/2017	
DAL 01/10/2017	AL 15/10/2017				
ABANO T. (Leverano)* Hotel LA SERENISSIMA		TURNO DOPPIO <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>DAL 24/09/2017</td><td>AL 07/10/2017</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	DAL 24/09/2017	AL 07/10/2017
<input type="checkbox"/>		DAL 24/09/2017	AL 07/10/2017		
ABANO T. (Porto Cesareo - Veglie)* Hotel LA SERENISSIMA	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>DAL 07/10/2017</td><td>AL 20/10/2017</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	DAL 07/10/2017	AL 20/10/2017	
<input type="checkbox"/>	DAL 07/10/2017	AL 20/10/2017			

SALSOMAGGIORE T. <i>(Carmiano-Copertino)*</i> Hotel NAZIONALE	<input type="checkbox"/>	TURNO UNICO <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">DAL 02/10/2017</td> <td style="padding: 2px;">AL 16/10/2017</td> </tr> </table>	DAL 02/10/2017	AL 16/10/2017
DAL 02/10/2017	AL 16/10/2017			
TERME LUGIANE <i>(Monteroni)*</i> Hotel DELLE TERME	<input type="checkbox"/>	TURNO UNICO <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">DAL 10/09/2017</td> <td style="padding: 2px;">AL 23/09/2017</td> </tr> </table>	DAL 10/09/2017	AL 23/09/2017
DAL 10/09/2017	AL 23/09/2017			
FIUGGI T. <i>(Lequile)*</i> Hotel TOBROUK BARDIA	<input type="checkbox"/>	TURNO UNICO <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">DAL 27/08/2017</td> <td style="padding: 2px;">AL 09/09/2017</td> </tr> </table>	DAL 27/08/2017	AL 09/09/2017
DAL 27/08/2017	AL 09/09/2017			

**le preferenze espresse da ogni Comune per le diverse località non hanno carattere vincolante ma mero valore indicativo.*

SCRIVERE EVENTUALE SECONDA SCELTA

Il/la richiedente, inoltre, chiede di poter alloggiare in *(barrare la casella che interessa)*

- CAMERA SINGOLA CON PAGAMENTO DI SUPPLEMENTO;
- CAMERA DOPPIA;
- CAMERA MATRIMONIALE;
- ALTRO *(indicare eventuale diversa opzione)* _____.

Il/La richiedente gradisce essere alloggiato/a nella stessa camera con il/la Sig/ Sig.ra _____

In mancanza di indicazioni l'abbinamento sarà casuale.

Il/La richiedente gradirebbe essere alloggiato/a nello stesso hotel del/della Sig/ Sig.ra _____

Indica recapito alternativo tel fisso _____ / cell _____ / indica eventuale altra persona di riferimento _____ tel _____ cell _____

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

nel richiedere l'iscrizione al soggiorno, consapevole delle responsabilità di cui agli artt.75-76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, rispetto alle dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

1. che in caso di dichiarazioni mendaci relative alla presente richiesta decadrà dal beneficio richiesto ed incorrerà nella responsabilità di cui agli Artt. 75 e 76 dpr 445/2000;
2. di essere residente, alla data di scadenza della domanda, presso uno dei seguenti Comuni
 _____ _____ _____ _____ _____
facenti parte dell'Union3: Arnesano Carmiano Copertino Leverano Porto Cesareo
 _____ _____
Veglie Lequile Monteroni;

3. di aver compiuto, alla data di scadenza della domanda: 60 anni se donne oppure 65 anni se uomini;
4. di essere in stato di autosufficienza psico-fisica e, per l'effetto, di potersi gestire autonomamente nelle funzioni quotidiane (anche nella gestione delle eventuali cure mediche in atto) sollevando l'Union3 ed il proprio Comune di residenza da ogni responsabilità;
5. di accettare le condizioni indicate sia nell'Avviso pubblico sia nel presente modulo di iscrizione e che le località o la località prescelte e le preferenze espresse dai Comuni di residenza non sono tassativi e vincolanti;
6. di essere consapevole che il costo del servizio di trasporto da/verso le località prescelte per i soggiorni climatici è a totale carico dell'Union3, in ogni caso fino alla concorrenza delle somme stanziare con la succitata delibera di Giunta dell'Unione n. 8 del 27/06/2016 e che il costo del soggiorno climatico sarà a carico dell'utenza e verrà comunicato agli interessati successivamente una volta completata la fase di acquisizione della domande;
7. di essere consapevole che la quota per il servizio di trasporto giornaliero da/verso le Terme di Santa Cesarea è a carico dell'utenza ed è pari ad € 65,00 per l'intero periodo del ciclo cura;
8. di essere consapevole, ferme restando le altre indicazioni contenute nell'Avviso Pubblico, che qualora si dovesse registrare un numero di iscrizioni superiore a quello stabilito verrà verificata la possibilità di ampliare il numero di partecipanti previa valutazione della disponibilità alberghiera e delle condizioni di trasporto; laddove ciò non sia possibile ed in assenza di altri ordini di preferenza già stabiliti nei rispettivi regolamenti comunali e resi noti dai Comuni nei moduli di domanda, si procederà alla selezione dei partecipanti secondo i seguenti criteri di priorità: 1) *Ordine cronologico presentazione domande*; 2) *a parità si farà riferimento all'età più anziana*.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

1. *attestazione stato autosufficienza psico-fisica rilasciata dal proprio medico curante;*
2. *prescrizione medica relativa alle cure termali da effettuarsi;*
3. *modello Isee (laddove previsto dal Comune di residenza);*
4. *fotocopia di un documento di riconoscimento.*

Luogo e data _____

(Firma) _____

INFORMATIVA PRIVACY EX ART. 13 D.LGS. 196/2003

Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati forniti verranno trattati per seguenti finalità connesse con la presente richiesta. Il trattamento sarà effettuato sia modalità informatizzata. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare il mancato accoglimento della richiesta. I dati saranno comunicati solo nell'ambito dell'Union3. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati saranno comunicati solo nell'ambito dell'Union3 per quanto occorra ai fini della valutazione della presente richiesta. Il titolare del trattamento è il proprio Comune di residenza. Il responsabile del trattamento è il soggetto individuato da ogni Comuni per l'accoglimento delle domande e l'esame delle domande. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

OGGETTO: Richiesta Certificazione Medica

Ai Sigg. MEDICI di Base

Si pregano le SS.LL. di voler cortesemente collaborare per la buona riuscita dei Soggiorni Termali organizzati con l'Union 3, in favore degli Anziani del Comune di PORTO CESAREO nella località di _____ nel periodo dal _____ al _____, fornendo ai Vostri assistiti nella compilazione del presente modulo, ogni informazione alla pratica della cura termale prescritta.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Responsabile di settore

Dr. Ssa Maria Antonietta Giaccari

Io sottoscritto/a Dr. _____ Medico curante del__

Sig.re/a _____ di anni _____ certifico che 1 mio

Assistito/a cui ho prescritto la cura termale di tipo

_____ è autosufficiente, esente da turbe psichiche o

comportamentali ed in condizioni sanitarie idonee ad affrontare il viaggio ed il Soggiorno

a _____, non sussistendo eventuali controindicazioni alla

terapia stessa.

data _____

Timbro e firma
