

DOMANDA DI ISCRIZIONE**SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI PER LA TERZA ETÀ - ANNO 2019 -**

Al Presidente dell'Union3
per il tramite del Sindaco del Comune di _____

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). 13 GIORNI (di cui 12 giorni di ciclo cure e 1 di visita medica).

* * *

☐ **SERVIZIO FISSO TRASPORTO PER SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI:**

SERVIZIO TRASPORTO PER SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI

DESTINAZIONI E PREFERENZE DEI COMUNI	PERIODO		DURATA
ABANO TERME (PD) <i>(Arnesano)*</i> HOTEL COLUMBIA TERME 3*	☐	DAL 01/09/2019 AL 14/09/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
SALSOMAGGIORE (PR) <i>(Carmiano 1)*</i> HOTEL NAZIONALE 3*	☐	DAL 06/10/2019 AL 19/10/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
ABANO TERME (PD) <i>(Carmiano 2)*</i> HOTEL LA SERENISSIMA 3*	☐		
MONTECATINI T. <i>(Copertino)*</i> HOTEL UNIVERSO 3*	☐	DAL 29/09/2019 AL 12/10/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
FIUGGI TERME	☐	DAL 01/09/2019 AL 14/09/2019	(12 giorni di ciclo cure e

(Lequile) * HOTEL TOBRUK BARDIA 3*			viaggio A/R)
MONTICELLI TERME (PR) (Leverano)* HOTEL DELLE TERME 3*		DAL 07/10/2019 AL 20/10/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
RIOLO TERME (RA) (Monteroni di Lecce)* HOTEL VILLA DELLE FONTI 3*		DAL 16/09/2019 AL 28/09/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
TIVOLI (ROMA) (Porto Cesareo)* HOTEL VICTORIA TERME 4*		DAL 06/10/2019 AL 19/10/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)
ABANO TERME (PD) (Veglie)* HOTEL PRINCIPE 3*		DAL 29/09/2019 AL 12/10/2019	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R)

N.B.: le preferenze espresse da ogni Comune per le diverse località non hanno carattere vincolante ma mero valore indicativo (per informazioni ulteriori contattare i referenti comunali oppure l'Agenzia incaricata ai recapiti in calce)

Agenzia incaricata:

TRAVEL FRIENDS S.r.l. - Società Unipersonale

Tel. 0444 1574970 - Fax 0444 1574972 - e-mail: info@travel-friends.it; cell: 345 8783249 (Catia Girardi)

SEDE: Via Piazzon 82 - 36051 Creazzo (Vicenza)

PER INVIO POSTALE: Casella Postale 157 - 36051 Creazzo (Vicenza)

P.IVA e C.FISC.: 04027030248

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 quale
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 ☐ Lequile ☐ Leverano ☐ Monteroni di Lecce ☐ Porto Cesareo ☐ Veglie;
3. di aver compiuto, alla data di scadenza della domanda: ☐ 60 anni se donna oppure ☐ 65 anni se uomo;
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 dall'Union3 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 domanda;
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 delle disponibilità alberghiera e delle condizioni di trasporto sino alla concorrenza delle stesse; 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) anzianità anagrafica;

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
l 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