

All'UNIONE DI COMUNI UNION3

per il tramite del COMUNE DI _____

OGGETTO: soggiorni climatici 2025 - richiesta di iscrizione

Il/La sottoscritto/a _____

n. a _____ () il ____/____/____

C.F.: _____ residente in _____ ()

alla via/piazza _____ telefono di contatto _____

SERVIZIO TRASPORTO PER SOGGIORNI CLIMATICI/CURE TERMALI 2024

LOTTO n°	DESTINAZIONE SELEZIONATA	PERIODO		DURATA	n° CAMERE DISPONIBILI (doppie, con supplemento per uso singolo)	PREZZO PACCHETTO SOGGIORNO (a persona - inclusa tassa di soggiorno, esclusi supplementi singola)
1	ACQUAPPESA (CS) GRAND HOTEL DELLE TERME 4	DAL 04/10/2025	AL 17/10/2025	(12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R) - 13 notti/14 giorni	20	€ 820,00/persona
2	ABANO TERME (PD) HOTEL COLUMBIA	DAL 31/08/2024	AL 13/09/2025	(12 giorni di ciclo cure e	20	€ 870,00/persona

	3*S			viaggio A/R) - 13 notti/14 giorni		
3	MONTICELLI TERME (PD) HOTEL DELLE TERME 3*	DAL 05/10/2025	AL 18/10/2025	12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R) - 13 notti/14 giorni	20	€ 750,00/persona
4	CONTURSI TERME (SA) HOTEL TERME FORLENZA 3*S	DAL 14/09/2025	AL 27/09/2025	12 giorni di ciclo cure e viaggio A/R) - 13 notti/14 giorni	18	€ 755,00/persona

CHIEDE

di partecipare al soggiorno termale organizzato da Union3 per il lotto n° ____

A tal fine lo/la scrivente dichiara:

- di voler usufruire di camera _____
(indicare se singola o doppia)
- (in ipotesi di camera doppia) di voler condividere la camera con il/la sig./sig.ra _____
- di essere consapevole che il **corrispettivo pro-capite** da versare esclusivamente all'Agenzia **TRAVEL FRIENDS S.r.l. - Società Unipersonale** (P.IVA e C.FISC.: 04027030248) è pari a complessivi € ____,00 (cifra già comprensiva della tassa di soggiorno) di cui € 50,00 saranno a carico di Union3 e che i recapiti della suddetta Agenzia sono i seguenti:

Tel. 0444 1574970 - Fax 0444 1574972 - e-mail: info@travel-friends.it; cell: 345 8783249 (Catia Girardi)
SEDE: via Strada Marosticana, 26 - 36100 Vicenza (VI) **PER INVIO POSTALE:** via Strada Marosticana, 26 - 36100 Vicenza (VI)



UNIONE DEI COMUNI DI:
ARNESANO · CARMIANO · COPERTINO · LEQUILE
LEVERANO · MONTERONI · PORTO CESAREO · VEGLIE

PROVINCIA DI LECCE

Sede Legale: Via Filippo Turati n. 5 - 73045 LEVERANO

tel. 0832.600222 Fax 0832.600304

Sito internet: www.uniontre.it

pec istituzionale: unicomunion3.leverano.le@pec.rupar.puglia.it

e-mail di servizio: cuc.union3@gmail.com

C.F. 03716900752

-
- di manlevare l'Union3 ed il Comune di _____ da qualsivoglia responsabilità in riferimento alle proprie condizioni di salute
 - di accettare sin d'ora la circostanza per cui in caso di saturazione del numero di camere prenotato dall'Agenzia e di indisponibilità di ulteriori camere, farà fede l'ordine di arrivo delle singole richieste al protocollo del Comune di riferimento e, a seguire, l'ordine di trasmissione delle medesime all'Agenzia incaricata.

Allega la seguente documentazione:

- copia documento identità
- altro _____
(specificare)

_____, ____/____/ 2025
(luogo) (data)

Il/La richiedente

Il/la sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso per il trattamento dei propri dati personali per le finalità soprariportate ai sensi del Codice della Privacy - Decreto Legislativo 196/2003. agg.

Firma

AL MMG_____

OGGETTO: Richiesta certificazione medica.

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

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono Cordiali saluti

Responsabile di settore II - III
Anna Consiglia Fanizza

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa_____ in qualità di MMG del Sig./ra_____di anni_____ certifico che il mio / mia assistito/a a cui ho prescritto la cura termale di tipo_____è autosufficiente, esente da turbe psichiche o comportamentali ovvero in condizioni sanitarie idonee ad affrontare il viaggio e il soggiorno a_____non sussistendo eventuali controindicazioni alla terapia stessa.

data_____

Timbro e firma
