

Oggetto: Modulo per richiesta fruizione cure termali

Dati del richiedente			
COGNOME			
NOME			
NATO/A	A	IL	
CODICE FISCALE			
RESIDENTE			
INDIRIZZO			
TELEFONO			

CHIEDE

di fruire delle cure termali organizzate da codesta Amministrazione presso lo stabilimento di Margherita di Savoia dal:

01 al 13 Settembre 2025

- ☐ Per sé
- ☐ Per (cognome e nome) _____
- ☐ Grado di parentela ☐ figlio ☐ suocero/a
- ☐ Genitore ☐ altro _____

Residente in	
Indirizzo	
telefono	

A tal fine consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per effetto dell'art. 46 DPR n. 445/2000

DICHIARA

Che il beneficiario delle cure termali è:

- ultrasessantacinquenne
- disabile
- famiglia con minori

Generalità accompagnatore:

(in caso di minori o diversamente abili)

cognome			
Nome			
Nato a		il	
Grado di parentela			

ALLEGA:

- IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE PER LE CURE TERMALI
- CERTIFICATO DI INVALIDITA' (se in possesso)
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO

Castelluccio dei Sauri, _____

FIRMA LEGGIBILE

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI è IL COMUNE DI CASTELLUCCIO DEI SAURI, IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO è IL Sindaco
MATTIA LUCIANO AZZONE

Autorizzo il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

Castelluccio dei Sauri per presa visione, il/la dichiarante

[illegible]

Riservato al Comune

Vista la richiesta, si autorizza.

Castelluccio dei Sauri _____ il responsabile _____