



AREA IV - POLITICHE SOCIALI, CASA, CULTURA E SPORT
www.comune.montorio.te.it

AL COMUNE DI MONTORIO AL VOMANO
Area IV – Politiche Sociali, Lavoro e Casa

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE SOGGIORNO TERMALE ANZIANI

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il ___/___/___
residente in via _____
Comune _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ Tesserino Sanitario n. _____
Numero di telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al soggiorno termale per anziani organizzato dal Comune di Montorio al Vomano nella località di TIVOLI TERME dal 29/06/2025 al 12/07/2025.

DICHIARA

- che la situazione economica equivalente (certificazione ISEE) del proprio nucleo familiare è pari a € _____ come da certificato allegato alla presente;
- di essere consapevole che la sistemazione in camera singola, a richiesta del contribuente, salvo disponibilità, comporterà un maggior onere e che la somma dovrà essere pagata direttamente in loco da parte dell'interessato;
- di provvedere a pagare la tassa di soggiorno direttamente alla struttura ospitante;
- di aver provveduto al versamento della somma di € _____ a titolo di partecipazione al soggiorno termale.

Allega:

- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE;
- DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE DI IDONEITÀ ALLE CURE TERMALI;
- IMPEGNATIVA PER CURE TERMALI DEL MEDICO CURANTE;
- CERTIFICAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ;
- RICEVUTA VERSAMENTO QUOTA CONTRIBUZIONE.

Luogo e data _____

Il richiedente



AREA IV - POLITICHE SOCIALI, CASA, CULTURA E SPORT
www.comune.montorio.te.it

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscrittopreso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR n. 679/2016 "Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali.



Data ___/___/___ Firma _____



AREA IV - POLITICHE SOCIALI, CASA, CULTURA E SPORT
www.comune.montorio.te.it

SOGGIORNO TERMAL PER ANZIANI ANNO 2025

CERTIFICAZIONE SANITARIA

1 Sig. _____

di anni _____ è affett _____

pratica le seguenti terapie _____

ed è idone_ (autosufficiente) a partecipare ad un soggiorno con cure termali.

Firma del medico curante
