

**AL DIRIGENTE AREA ORGANIZZATIVA V
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI MONOPOLI**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente in
Monopoli alla via/piazza/c.da _____ n. _____

Tel. _____ (È NECESSARIO INDICARE UN
RECAPITO TELEFONICO, FISSO O CELLULARE, INDISPENSABILI PER ESSERE FACILMENTE CONTATTATI),
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. n.46, 47 e 76 D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 sulla
responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

CHIEDE

di partecipare ad un

**CICLO DI CURE PRESSO LO STABILIMENTO
TERMALE DI TORRE CANNE (BR)**

DAL 16 GIUGNO AL 28 GIUGNO 2025

DICHIARA

- di essere in condizioni di autosufficienza psico-fisica;
- di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne tutte le condizioni previste;
- di sollevare l'Amministrazione Comunale da qualsiasi responsabilità per gli eventuali incidenti che potrebbero occorrere alla propria persona, sia durante i viaggi di andata e ritorno, che durante la permanenza presso le terme;
- di preferire la fermata per il trasporto di andata e ritorno presso Torre Canne (BR) come di seguito indicato (è necessario **segnare con una X quella interessata**):

☐	FERMATA PIAZZA S. ANTONIO – FERMATA AUTOBUS
☐	FERMATA VIA FIUME – PRESSO CHIESA SACRO CUORE
☐	FERMATA VIA CAPITANO PIRRELLI ANG. VIA UMBERTO – FERMATA AUTOBUS URBANI
☐	FERMATA VIA S. ANNA - PRESSO SCUOLA “SOFO”
☐	FERMATA VIA SAN MARCO – PRESSO POLIVALENTE
☐	FERMATA VIA LEPANTO – PRESSO SUCCURSALE POSTA
☐	FERMATA VIA LEPANTO – PRESSO BAR “ROSES CAFE” - FERMATA AUTOBUS URBANI

- di essere consapevole che una volta **individuata la fermata dell'autobus, non sarà possibile operare alcuna variazione;**
- di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, eventuale disdetta o sopraggiunta impossibilità di partecipazione al ciclo di cure termali.
- di corrispondere direttamente alla direzione delle Terme il pagamento del ticket dovuto per le prestazioni sanitarie, nel caso di non esenzione;
- di effettuare il **GIORNO 13 GIUGNO 2025** la visita medica e le relative procedure di accettazione presso lo stabilimento termale di Torre Canne.

ALLEGA

- ✓ ***fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;***
- ✓ ***fotocopia Impegnativa del medico di base indicante la patologia e la terapia termale che deve essere praticata (N.B. l'originale deve essere consegnato dall'interessato direttamente al Centro Termale al momento dell'accettazione);***
- ✓ ***attestazione ISEE corrente.***

Monopoli, _____

FIRMA

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a _____ **autorizza** il Servizio Sociale del Comune di MONOPOLI al trattamento dei dati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura per cui sono stati rilasciati, ai sensi del D. Lgs.vo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i. e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

(Data) _____

(Firma) _____