

FORMULARIO DI ISCRIZIONE

Progetto "I Colori della Salute 2015"

CICLO DI CURE TERMALI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.
Telefono FISSO:	Telefono MOBILE:		

Ticket sanitario dovuto:
(versato direttamente al personale dello stabilimento termale all'atto del colloquio)

chiede
l'iscrizione al progetto ed allega la seguente documentazione

- ☐ regolare impegnativa per le cure termali rilasciata dal proprio medico di famiglia completa dei seguenti dati: nome e cognome, indirizzo e residenza, codice fiscale, codice di esenzione, codice ASL, patologia da elenco ministeriale e relativo ciclo di cura;
- ☐ ECG di data recente per i curanti che dovranno effettuare la fango-balneoterapia;
- ☐ copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione, non rimborsabile, pari ad almeno 25,00€ a titolo di contributo volontario a copertura delle spese di organizzazione;
- ☐ copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ copia del tesserino sanitario.

(Barrare la documentazione allegata)

dichiara di

- ☐ essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.
- ☐ essere nelle condizioni di affrontare autonomamente il viaggio in pullman di andata e ritorno esonerando l'organizzazione da qualsiasi responsabilità.

Data: ____/____/____ Firma: _____

consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali

II/ La sottoscritto/a: _____, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003,

☐ PRESTA IL SUO CONSENSO

☐ NEGA IL SUO CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale:

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ SOGGETTO AVENTE
RAPPRESENTANZA LEGALE

☐ SOGGETTO ESERCITANTE
PATRIA POTESTÀ

☐ TUTORE LEGALE

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.06.2003, n.196

☐ AUTORIZZA

☐ NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data: ____/____/____ Firma: _____