

FORMULARIO DI ISCRIZIONE

Progetto "I colori della salute 2017"

CICLO DI CURE TERMALI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice fiscale: _____
Luogo e data di nascita: _____
Residente a: _____ Provincia: _____ CAP: _____
Piazza|Via: _____ N°: _____
Telefono Fisso: _____ Telefono Mobile: _____
Ticket Sanitario dovuto: (versato direttamente al personale dello stabilimento termale all'atto del colloquio) _____

CHIEDE

Di poter partecipare 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 30,00 a titolo di contributo volontario a copertura delle spese di organizzazione;
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- copia del tesserino sanitario;

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 dichiarazione mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti 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