

Allegato B) determina n. 129 del 5 maggio 2026

Spett.le Istituzione XIX Vestina
via Regina Margherita 6
65010 Carpineto della Nora

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

Tel. _____, mail _____

(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

alla S.V. di partecipare ad un

CICLO DI CURE PRESSO LO STABILIMENTO TERMALE DI POPOLI TERME

DA 24 AGOSTO al 5 SETTEMBRE 2026

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 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 come di seguito indicato (***è necessario segnare con una X quella interessata***):

<input type="checkbox"/>	FERMATA CARPINETO DELLA NORA
<input type="checkbox"/>	FERMATA CIVITELLA CASANOVA
<input type="checkbox"/>	FERMATA COLLECORVINO
<input type="checkbox"/>	FERMATA FARINDOLA
<input type="checkbox"/>	FERMATA LORETO APRUTINO
<input type="checkbox"/>	FERMATA MONTEBELLO DI BERTONA
<input type="checkbox"/>	FERMATA PENNE
<input type="checkbox"/>	FERMATA PICCIANO
<input type="checkbox"/>	FERMATA VICOLI
<input type="checkbox"/>	

FERMATA VILLA CELIERA

- 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 impegnarsi ad effettuare il pagamento del saldo della quota di compartecipazione, fissata in € _____ entro 5 giorni dalla comunicazione di ammissione da parte dell'Istituzione XIX Vestina ;

ALLEGA
(pena esclusione)

- ✓ ***fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;***
- ✓ ***attestazione ISEE corrente;***
- ✓ ***fotocopia del versamento della somma di € 30,00 a titolo di acconto della maggior somma prevista per compartecipazione alle spese di trasporto ed assicurative***

Ai soli fini informativi e dell'elaborazione di eventuale graduatoria dichiara di avere una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE

importo

protocollo INPS – ISEE

Carpinetto della Nora il, _____

FIRMA

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Istituzione XIX Vestina 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) _____