

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO TERMALE PER ANZIANI
PRESSO “HOTEL DELLE ROSE 4* TERME WELLNESS & SPA”
con sede a Monticelli Terme
DAL 25/08/2024 AL 05/09/2024**

**Al Sig. SINDACO
del Comune di Campli**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

_____ Prov.o stato Estero _____ il _____

residente o domiciliato in CAMPLI, Fraz. _____ Via _____

N. civico _____ N. telefono _____ Codice Fisc. _____

MEDICO CURANTE _____ Telefono _____

CHIEDE

di poter partecipare al SOGGIORNO TERMALE PER ANZIANI organizzato da codesto Comune a Monticelli Terme (PR) dal 25/08/2024 al 05/09/2024.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni amministrative e della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- ✓ essere pensionato e autosufficiente;
- ✓ essere residente o domiciliato nel Comune di Campli;

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di aver preso visione dell’avviso pubblico “Soggiorno termale anziani a Monticelli Terme anno 2024” e di accettarlo in ogni sua parte;
- ✓ Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.gs 196/2003.

Preferenze (barrare quella che interessa):

- in CAMERA MATRIMONIALE insieme a: _____
- in CAMERA DOPPIA insieme a: _____
- in CAMERA SINGOLA (con supplemento di Euro 15,00 al giorno, **Euro 165,00** per l’intero soggiorno, da pagare al Comune di Campli contestualmente alla quota di partecipazione).

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- Mod. ISEE 2024 (rilasciato da un CAF abilitato o dall’INPS);
- Richiesta del medico curante indicante le cure da effettuare (**obbligatorio**);
- Certificato del medico curante che attesti l’autosufficienza e il buon stato di salute (**obbligatorio**);
- Ricevuta del versamento (**obbligatorio**);
- Copia del documento di riconoscimento.

Campli, lì _____

Firma