



**Alla Comunità Montana
"Montagna di L'Aquila"
Via Cavour 43/a
67021 BARISCIANO**

OGGETTO: Soggiorno Termale Anno 2020

___l___ sottoscritta/o _____ nato/a _____ il _____
residente _____ Via _____ Tel _____

**PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO
CHIEDE**

DI ESSERE AMMESSO___ AL SOGGIORNO:

- a) TERMALE A RICCIONE
- b) MARINO A RICCIONE

DICHIARA

- 1) Di essere residente nel Comune di _____;
- 2) Di impegnarsi ad osservare scrupolosamente le norme logistiche ed organizzative del soggiorno stabilite dall'Amministrazione;
- 3) Di sollevare l'Amministrazione stessa da qualsiasi responsabilità per perdite o danni che dovessero capitare durante il viaggio di andata e ritorno e nel periodo di soggiorno;
- 4) Di sollevare l'Amministrazione stessa da qualsiasi responsabilità in caso di ricovero o criticità di salute, si richiede l'intervento sollecito dei familiari.
- 5) Ai fini del soggiorno in albergo informa di aver stabilito di occupare la camera insieme al/ alla Sig. _____;
- 6) In mancanza delle informazioni di cui sopra, si impegna ad accettare le determinazioni dell'Amministrazione;
- 7) Di essere in possesso di documento di riconoscimento valido.
- 8) Sono consapevole che in caso di recesso l'ente tratterrà € 100,00 dal rimborso come cauzione per coprire le spese
- 9) Sono consapevole che la domanda dovrà PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL **03/04/2019**.
(pena esclusione raggiunto 52 posti)

Allega alla presente la Ricevuta di versamento di Euro **€560**

(c.c.p. n°10107670 intestato a Comunità Montana Zona B - causale: Soggiorno Termale 2018).

NB:

- **L'impegnativa del medico** curante deve riportare la diagnosi completa per la cura richiesta e **deve essere rigorosamente presentata all'Ente**.
- In caso di **fangoterapia** munirsi di elettrocardiogramma di validità almeno di tre mesi.
- **I posti nell'autobus** verranno fissati dall'ente rispettando l'ordine di arrivo delle domande.
- Si fa presente che sono disponibili **SOLO 5 CAMERE SINGOLE**, le quali prevedono un supplemento di **€ 5,00** al giorno da pagare direttamente presso la struttura alberghiera, **che verranno assegnate ai primi richiedenti**.
- Per maggiori informazioni è possibile rivolgersi **agli uffici dei servizi sociali** della Comunità Montana, tel. 0862/89661. Dalle ore 10,00 alle ore 12,00 nei giorni di Lunedì e Giovedì.
- **Prima di effettuare il versamento** verificare presso l'ente la disponibilità dei posti onde evitare disagi.

DATA _____

(firma)