



CITTA' DI SAN SEVERO
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

Prot. n. _____ del _____

Al Signor SINDACO
Comune di San Severo

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SERVIZIO:
“TRASPORTO SOCIALE PER IL CENTRO TERMALE
DI CASTELNUOVO DELLA DAUNIA (FG)”
rivolto ai cittadini dai 65 anni di età ed ai disabili maggiorenni

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____

in via _____ n. ____ Tel. _____

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto sociale domiciliare per anziani e disabili, organizzato dal Comune di San Severo per raggiungere il Centro Termale di Castelnuovo della Daunia (FG) per il periodo dal 04 novembre 2024 al 16 novembre 2024 per effettuare le seguenti cure (indicare quelle di interesse):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ciclo di cure inalatorie; | <input type="checkbox"/> ciclo di cure per vasculopatie periferiche; |
| <input type="checkbox"/> ciclo di cure della ventilazione polmonare controllata; | <input type="checkbox"/> ciclo di cure idropiniche; |
| <input type="checkbox"/> ciclo di fangobalneoterapia; | <input type="checkbox"/> ciclo di cure per la riabilitazione motoria(15 gg.); |
| <input type="checkbox"/> ciclo di balneoterapia; | <input type="checkbox"/> ciclo di cure per la riabilitazione della funzione respiratoria(15gg.) |
| <input type="checkbox"/> ciclo di bagni termali dermatologici; | |
| <input type="checkbox"/> ciclo di cure post-Covid; | |

In Fede

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge n. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, _____

Il Dichiarante

Si allega la seguente documentazione:

1. Autocertificazione stato di famiglia;
2. Attestazione I.S.E.E. anno 2024;
3. Fotocopia Carta d'Identità e Tessera Sanitaria;
4. Copia verbale di accertamento di invalidità reso dall'INPS;
5. Copia prescrizione del medico curante, redatta su ricettario regionale con la cura termale richiesta.
6. Attestazione guarigione da Covid certificata dal medico di base o tampone negativo (solo per chi deve richiede le cure post Covid)

N.B. La presente domanda di partecipazione deve essere presentata entro e non oltre le ore 12:30 del 23 Ottobre 2024:

- **a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune, sito in piazza Municipio dalle ore 9:00 alle ore 12:30 dal lunedì al venerdì e dalle 16:00 alle 17:30 il martedì e giovedì;**
- **a mezzo mail all'indirizzo: protocollo@pec.comune.san-severo.fg.it;**