Al sig. Sindaco

Al Coordinatore dell'Ufficio del Piano Sociale di Zona

c/o l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di

_____

Domanda di partecipazione al progetto "Benessere

D e s t i n a t a r i o

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a_____il_____

di cittadinanza_____documento di riconoscimento _____

n°_____ rilasciato da _____

scadenza _____ residente a _____ alla via

_____n° _____ tel. _____

S e g n a l a n t e

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a_____il_____

di cittadinanza_____documento di riconoscimento _____

n°_____ rilasciato da _____

scadenza _____ residente a _____ alla via

_____n° _____ tel. _____

in virtù del Protocollo d'intesa sottoscritto dal Piano Sociale di Zona con le Terme di Stabia S.p.a.,

C H I E D E

di partecipare al progetto sopraindicato.

A tale scopo dichiara:

- di essere in possesso della prescrizione medica e della documentazione necessaria ("impegnativa" e/o altro) per accedere ai Servizi offerti da Terme di Stabia S.p.a.
- di essere portatore di invalidità superiore al 72%
- di essere esonerato dal pagamento del ticket

Autorizza al trattamento dei propri dati personali per i fini istituzionali della pubblica Amministrazione, ai sensi del Dlgs 196/03 "tutela della privacy"

Firma richiedente

_____