



**COMUNE DI RIVIGNANO TEOR**  
**Provincia di Udine**

**SERVIZI ALLA PERSONA**

Via Roma, 18 - TEOR  
Tel. 0432 775076 (int. 1)



N. \_\_\_\_\_  
Domanda presentata in data \_\_\_\_\_

**Modulo di adesione al Ciclo di Cure Termali a Bibione**  
**Periodo 28 aprile – 10 maggio 2019**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

frazione \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_,

chiede

l'adesione al Ciclo di Cure Termali presso il Centro di Bibione accettando le modalità organizzative proposte dal Centro Termale in collaborazione con il Comune di Rivignano Teor dal 28 aprile al 10 maggio 2019, con partenza alle ore 08:00 e rientro alle ore 12:30 circa.

È consapevole che dovrà versare una quota di partecipazione a parziale copertura delle spese sostenute dal Comune per il servizio di trasporto, dell'importo presunto di € 55,00 (suscettibile di una modesta variazione sulla base dei partecipanti).

A conferma dell'iscrizione si impegna a presentare il **certificato medico** di prescrizione alle cure termali e **ricevuta dell'avvenuto pagamento** della quota indicata dal Servizio (versamento su **c.c.p. n. 1018162618** intestato a "Comune di Rivignano Teor - Servizio Tesoreria", causale: "Cure termali Bibione 2019").

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*In allegato copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.*

*N.B. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Ue 2016/679. I dati saranno utilizzati esclusivamente ai fini sopra indicati.*

\*\*\*\*\*

**Documenti presentati:**

certificato prescrizione medica

ricevuta di pagamento di € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_