## **TROIA**

| Oggetto: Modulo | per richiesta | fruizione cure | termali |
|-----------------|---------------|----------------|---------|
|-----------------|---------------|----------------|---------|

|   | Cognom      | e        |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
|---|-------------|----------|-------|--------|--------|---|----------|--|-------|------|----|----|----|----------|----------|---|--|
| nte   | Nome        |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Dati del richiedente  | Nato/a a    |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    | il |          |          |   |  |
|   | Codice F    | iscale   |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| del   | Resident    | e in     |       |        | 1      | ı | <u>I</u> |  | ı     | ı    | Į. |    | 1  | <u> </u> | <u> </u> | I |  |
| Dati  | Indirizzo   | )        |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| , ,   | Tel.        |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| CHIEDE  |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Di fruire delle <b>cure termali</b> , organizzate da codesta Amministrazione, presso le terme di Margherita di Savoia dal:  |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| <ul> <li>dal 03 giugno 2025 al 16 giugno 2025</li> <li>dal 26 agosto 2025 all' 08 settembre 2025</li> </ul>   |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| □Per sé □Per (cognome e nome)   |             |          |       |        |        |   |          |  | _     |      |    |    |    |          |          |   |  |
| □Grado di parentela □Figlio/a □Suocero/a  |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
|   |             |          |       | Genito | ore    |   |          |  |       | □Alı | ro |    |    |          |          |   |  |
| Reside  | ente in     |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Indiriz   | ZZO         |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Tel.  |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 |             |          |       |        |        |   |          |  | odice |      |    |    |    |          |          |   |  |
| DICHIARA:   |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| che il  | beneficia   | rio dell | le cu | re tei | rmali: |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| 1 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·   |             |          |       |        | I 🗆    |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| • è minorenne   |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| • è diversamente abile ☐ SI ☐NO   |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Gener   | ralità acco | mpagn    | ator  | e:     |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| (in caso di minori o diversamente abili)  |             |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Cogn  | ome         |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Nome  | e           |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |
| Nato/   | 'a a        |          |       |        |        |   |          |  |       |      |    | il |    |          |          |   |  |
| Grade   | o di paren  | tela     |       |        |        |   |          |  |       |      |    |    |    |          |          |   |  |

## **ALLEGA:** ☐ Impegnativa del medico curante per cure termali; ☐ Certificato di invalidità (se in possesso); ☐ Copia di un documento di identità valido Troia, \_\_\_\_\_ firma leggibile \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni) I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Troia; il/la responsabile del Trattamento è il/la Dirigente del Servizio Personale. I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto. Troia,\_\_\_\_\_Per presa visione, il/la dichiarante,\_\_\_\_\_ Riservato al Comune Vista la richiesta, si autorizza.

Troia \_\_\_\_\_II Responsabile dei Servizi Sociali \_\_\_\_\_