

CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

03030 Piedimonte San Germano- Piazza Sturzo - tel. 0776.403203 - fax 0776.404952
c.f. 90009320608 e-mail cons.servizisociali@libero.it

.....

CURE TERMALI - ANNO 2017 - SERVIZIO DI TRASPORTO

L'AMMINISTRAZIONE CONSORTILE ORGANIZZA IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER LE CURE TERMALI PRESSO GLI STABILIMENTI DI SUIO CASTELFORTE.

POSSONO PRESENTARE RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE, **ENTRO IL 5 GIUGNO 2017** I SOGGETTI DI ETA' COMPRESA TRA 55/80 SE DONNE E 60/80 SE UOMINI, UTILIZZANDO I MODELLI IN DISTRIBUZIONE PRESSO L'UFFICIO ASSISTENZA DEL COMUNE DI RESIDENZA.

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DEVE ESSERE IN POSSESSO DELLA RICETTA DEL MEDICO CURANTE, ASSICURANDO COSI' LA PROPRIA PARTECIPAZIONE.

QUALORA NON SI DOVESSE RAGGIUNGERE IL NUMERO MASSIMO DELLA CAPIENZA DEL PULLMAN (54 POSTI) POSSONO PRESENTARE DOMANDA SOGGETTI DI ETA' AL DI SOTTO DELLA FASCIA SOPRA INDICATA CHE NECESSITANO DELLE CURE TERMALI , PRESENTANDO CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE L'EFFETTIVA NECESSITA'.

PIEDIMONTE S.G. 15.05.2017

F.TO IL PRESIDENTE
(FABRIZIO EDOARDO ANTONINO)

***Al Consorzio dei Comuni del Cassinate
Per la programmazione e gestione
Dei Servizi Sociali***

COMUNE DI

**SERVIZIO DI TRASPORTO PER CURE TERMALI
- ANNO 2017-**

I sottoscritti:

	<i>Marito</i>	<i>Moglie</i>
<i>Cognome e nome:</i>		
<i>Luogo di nascita:</i>		
<i>Data di nascita:</i>		
<i>Comune di residenza:</i>		
<i>Indirizzo:</i>		
<i>Telefono:</i>		

Chiedono

*Alla S. V. di poter fruire del trasporto per le cure termali a **Suio 2017** ,
sollevando, con la presente, il Consorzio da qualsiasi responsabilità per
fatti e situazioni che dovessero verificare nell'ambito di tale servizi:*

_____ *lì,* _____

FIRMA

***Al Consorzio dei Comuni del Cassinate
Per la programmazione e gestione
Dei Servizi Sociali***

COMUNE DI

***SERVIZIO DI TRASPORTO PER CURE TERMALI
- ANNO 2017-***

Il sottoscritto

<i>Cognome e nome:</i>	
<i>Luogo di nascita:</i>	
<i>Data di nascita:</i>	
<i>Comune di residenza:</i>	
<i>Indirizzo:</i>	
<i>Telefono:</i>	

*Chiede Alla S. V. di poter fruire del trasporto per le cure termali a Suo **anno 2017** , sollevando, con la presente, il Consorzio da qualsiasi responsabilità per fatti e situazioni che dovessero verificare nell'ambito di tale servizi:*

_____lì,_____

FIRMA

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alla Società sopraindicati.
La diffusione, distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita sia ai sensi dell'art.616 c.p., che ai sensi del D.Lgs. n.196/2003.