



COMUNE di CASTROCIELO

Provincia di Frosinone

Via Roma n. 44 - 03030 Castrocielo tel. 0776/79001 fax 0776/79822 P.iva 01806100606
sito www.comune.castrocielo.fr.it

Prot. N. 6632 del 1/07/2024

Allegato A)

AVVISO CURE TERMALI

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

RENDE NOTO

che nell'ambito degli interventi per la promozione dei Servizi Sociali, questo Comune in collaborazione con le Terme Vescine S.r.l., site in Via delle Terme n. 417 - 04021 - Suio di Castelforte (LT), organizza un soggiorno per cure termali con trasporto gratuito,

dal 15 LUGLIO 2024 al 27 LUGLIO 2024.

Possono usufruire di questo servizio i cittadini residenti nel Comune di Castrocielo che abbiano compiuto il 60° anno di età, che siano autosufficienti ed in condizioni di viaggiare autonomamente.

Possono altresì usufruire del servizio anche cittadini di età inferiore ma solo se con patologia certificata.

I cittadini interessati possono fruire delle cure termali per patologie con cicli di fanghi e bagni terapeutici, balneoterapia, inalazioni e aerosol, isufflazioni endotimpaniche.

Il periodo di cura sarà articolato su n. 12 (dodici) giorni consecutivi escluse le domeniche.

Rimane a carico degli utenti partecipanti la quota di partecipazione ammontante ad € 3,10 (eurotre/10) se esenti oppure € 55,00 (eurocinquantacinque/00) se non esenti, da versare direttamente presso lo stabilimento termale.

La domanda di partecipazione, redatta esclusivamente sul modello reperibile c/o l'Ufficio Servizi Sociali e/o sul sito www.comune.castrocielo.fr.it - "Sezione Avvisi" - "News", dovrà pervenire all'Ente entro e non oltre le ore 12:00 del 10.07.2024, secondo le seguenti modalità, alternative tra loro:

- Consegnata a mano direttamente all'Ufficio Protocollo;
- Tramite PEC all'indirizzo castrocielo@pec.it.

Saranno prese in considerazione solo le domande complete della seguente documentazione:

- ricetta medica in originale del Medico di famiglia con la prescrizione del ciclo di cura e relativo codice cura;
- copia del documento di riconoscimento;
- copia della tessera sanitaria.

Si precisa che l'attivazione dell'iniziativa è subordinata al raggiungimento di un numero minimo di 50 (cinquanta) partecipanti o multipli.

Saranno prese in considerazione ai fini del raggiungimento dei citati limiti le domande pervenute ed acquisite in ordine cronologiche al protocollo dell'Ente.

Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00 - Telefono: 077679001 - interno 8.

Il Responsabile del Servizio Socio Assistenziale

(Dr. Claudio Quagliozzi)





COMUNE di CASTROCIELO

Provincia di Frosinone

Via Roma n. 44 - 03030 Castrocielo - tel. 0776/79001 - fax 0776/79822 - P.iva 01806100606
sito www.comune.castrocielo.fr.it

Allegato B)

CURE TERMALI 2024

MODELLO DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ___ / ___ / ___ e residente a Castrocielo in _____
telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al ciclo di cure termali per un totale di n. 12 (dodici) giorni dal 15.07.2024 al 27.07.2024, domenica 21.07.2024 esclusa, dalle ore 07:30 alle ore 13:30 circa, presso lo stabilimento Terme Vescine S.r.l., site in Via delle Terme n. 417 – 04021 – Suio di Castelforte (LT).

A tal fine,

DICHIARA

di essere a conoscenza che:

- la realizzazione dell'iniziativa non costituisce obblighi a carico dell'Amministrazione ed è esonerata da qualsiasi responsabilità;
- la realizzazione dell'iniziativa è subordinata al raggiungimento di un numero minimo di 50 (cinquanta) partecipanti o suoi multipli.

Castrocielo, _____

Firma

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci ed autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy ai fini delle procedure di ufficio per il servizio de quo.

Castrocielo, _____

Firma

Allega alla presente istanza:

- *Ricetta medica in originale del medico di famiglia con la prescrizione del ciclo di cura e relativa diagnosi;*
- *Copia del documento di riconoscimento;*
- *Copia della tessera sanitaria.*