



COMUNE DI ATRI (Provincia di Teramo)

64032 Piazza Duchi D'Acquaviva, P.I. 00076610674

Area Servizi Interni ed ai cittadini

Telefono 085/8791210-223 fax 085/8791227

Domanda di partecipazione al soggiorno climatico in località MONTECATINI TERME (PT)-ANNO 2019

RICHIEDENTE	CONIUGE/PARTNER DEL RICHIEDENTE
Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome) _____ (nato/a) a Il _____ M - F (sesso) Residente in ATRI in Via _____ n. _____ _____ (telefono) (cellulare) _____ (codice fiscale)	Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome) _____ (nato/a) a Il _____ M - F (sesso) Residente in ATRI in Via _____ n. _____ _____ (telefono) (cellulare) _____ (codice fiscale)

CHIEDE

Di partecipare al Soggiorno in località MONTECATINI TERME (PT) per il periodo DAL 19 AGOSTO AL 31 AGOSTO 2019

DICHIARA

- a) Di essere in possesso dei requisiti previsti nell'avviso;
- b) Di essere a conoscenza delle fasce di reddito indicate nell'avviso ;
- c) Di sollevare da ogni responsabilità l'Amministrazione comunale e gli accompagnatori per fatti che eventualmente sopravvengano a persone e/o a cose durante tutta la durata del soggiorno.

SI OBBLIGA

- a) Al momento dell'iscrizione a versare un anticipo di € 25,00 tramite versamento su c/c postale n. **12325643**, intestato a: Comune di Atri, servizio Tesoreria con causale: " quota di iscrizione Soggiorno Termale Anziani", e/o presso lo Sportello Unico Polivalente del Comune sito in piazza Duchi d'Acquaviva, consapevole che tale versamento non costituisce titolo preferenziale ai fini della stesura della graduatoria;
- b) Ad accettare la sistemazione presso L' HOTEL SAVONA di Montecatini Terme (Pt) e, in caso di necessità di camere singole, disponibili in n. di 8/10 è concordato in € 10,00 al giorno per l'intero soggiorno a carico del richiedente;
- c) Ad avvertire per iscritto, nel corso del soggiorno, gli accompagnatori in caso di allontanamento anche temporaneo dalla località;

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- a) Eventuali rinunce (da presentare su apposito modulo) dovranno essere corredate da certificazione medica che attesti l'impossibilità di partire per motivi di salute. In tal caso l'anticipo verrà restituito. Altre motivazioni potranno essere segnalate all'Assistente Sociale che valuterà il caso e l'eventuale restituzione della cauzione.
- b) In caso di non presenza alla partenza nel giorno stabilito, l'Ente non procederà ad alcun rimborso della quota di iscrizione.

IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA:

- A) A versare il saldo della quota di iscrizione secondo le tariffe stabilite dalla delibera G.M. n. 103 del 13/06/2019) entro il 15/08/2019.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- ⇒ Certificazione medica attestante la necessità di partecipare al soggiorno per esigenze terapeutiche;
- ⇒ Attestazione I.S.E.E. 2019 (Indicatore della Situazione Economica) per i redditi relativi all'anno 2018 del Nucleo Familiare, corredata della Dichiarazione Sostitutiva Unica
- ⇒ Certificato medico attestante l'autosufficienza dello scrivente e del proprio coniuge;
- ⇒ Documento di riconoscimento in corso di validità;
- ⇒ Ricevuta versamento dell'anticipo di € 25,00.

DICHIARAZIONE

Dichiaro che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti. Sono a conoscenza che indicazioni false o incomplete potranno essere perseguite penalmente e prestazioni percepite illegittimamente dovranno essere restituite.

Inoltre dichiaro di essere a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate le sanzioni penali stabilite dal D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996 dichiaro di essere stato informato sull'uso dei miei dati personali e cioè al trattamento degli stessi nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali.

Data

firma del dichiarante