



**COMUNE DI AVETRANA**  
**ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI**

Tel. 099/6613509 Fax 099/9704336

PEC: [servizisociali.comune.avetrana@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizisociali.comune.avetrana@pec.rupar.puglia.it)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Al Responsabile  
dell'Ufficio Servizi Sociali  
Comune di Avetrana**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL "SOGGIORNO TERMAL E OVER 50 ANNO 2024  
NELLA LOCALITA' DI ISCHIA)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ Tel. ab. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'ammissione al "soggiorno termale over 50" che si svolgerà ad Ischia presso il l'Hotel Cristallo  
Palace \*\*\*\* dal 29 settembre al 13 ottobre 2024 per i cittadini a partire dai 50 anni di età**

**(barrare solo la casella interessata)**

come singolo cittadino

in coppia con il proprio coniuge o familiare, di cui indica, qui di seguito :

nome, cognome, \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare se coniuge o familiare : moglie, marito, figlio,  
fratello, sorella, ecc. ecc...)

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

in camera singola

in camera matrimoniale

**PERIODO DEL SOGGIORNO TERMAL E:**

per tutta la durata del soggiorno termale

dal giorno \_\_\_\_\_ settembre al giorno \_\_\_\_\_ ottobre 2024 (indicare con  
precisione \_\_\_\_\_ colazione, \_\_\_\_\_ pranzo, \_\_\_\_\_ cena dei \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_ arrivo \_\_\_\_\_ e  
partenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA:**

- di godere di autonomia psico-fisica;
- di non avere malattie infettive in atto;
- di aver letto, compreso ed accettato l'avviso di partecipazione al soggiorno termale per over 50 in toto;
- di versare la quota di acconto di € 200,00 a persona per la partecipazione al soggiorno entro il 1 agosto 2024 sul seguente codice iban:

Sosandra Tour by Rossella Viaggi srl  
Banca di Credito Popolare di Torre Del Greco intestato a Rossella Viaggi S.r.l  
IBAN: IT19V0514239930CC1330011391

**SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

1. Autocertificazione Autosufficienza ;
1. Fotocopia documento d'identità e Codice Fiscale/Tessera sanitaria di tutti i partecipanti;
2. Copia prescrizione del medico curante, redatta su ricettario regionale con la cura termale richiesta di tutti i partecipanti
4. Ricevuta versamento acconto pari ad euro 200 a persona .

Avetrana, \_\_\_\_\_

In Fede

**N.B: da presentare entro le ore 13:00 di GIOVEDI 1 AGOSTO 2024 all'Ufficio Servizi Sociali.**