***Al Sindaco***

***All’Ufficio Politiche Sociali***

***del Comune di Sant'Antonio Abate***

**OGGETTO: Progetto Terme Forlenza – Anno 202****5**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in Sant'Antonio Abate alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Alla S.V. di poter partecipare al Progetto “Cure Termali” 2025 promosso dall'Ente in convenzione con le Terme Forlenza Srl di Contursi Terme, per poter usufruire del trasporto da e per il Comune di Sant'Antonio Abate.

**DICHIARA**

Di esonerare il Comune di Sant'Antonio Abate da qualsiasi responsabilità che possa derivare dall'esercizio delle attività ad esso relative e da ogni responsabilità civile, penale, amministrativa inerente al rischio di infortuni, risarcimento danni a persone e/o terzi e al rischio di smarrimento d'effetti personali per furto o qualsivoglia ragione.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

* copia di un valido documento di identità;
* **originale** di prescrizione del medico curante con la seguente dicitura:
* **FANGHI E BAGNI TERAPEUTICI per ARTROSI**
* **CURE INALATORIE per OTITE e FARINGITE CRONICA**

Sant'Antonio Abate, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_