**MODELLO DI DOMANDA DI ADESIONE**

 *Al* **Responsabile del Servizio Amministrativo**

 del Comune di Martignano

 via Roma

 73020 Martignano (Le)

**DOMANDA DI ADESIONE AL SERVIZIO TRASPORTO PER LE CURE TERMALI 2025.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero di cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto l’avviso pubblico relativo all’organizzazione del servizio trasporto per le cure termali 2025;

Presa visione di quanto stabilito nell’avviso;

con la presente

**CHIEDE**

di poter aderire al servizio trasporto per il ciclo di cure termali

* inalatorie;
* fangoterapia

a Santa Cesarea Terme, organizzato dal Comune di Martignano dal 29/09/2025 all’11/10/2025 con le modalità e alle condizioni stabilite nel relativo avviso.

Inoltre, il richiedente, laddove beneficiario del servizio di trasporto gratuito, solleva espressamente l’amministrazione Comunale, i dipendenti e funzionari del Comune di Martignano da qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni che potranno occorrere alla propria persona, sia durante i viaggi di andata e ritorno che durante la permanenza presso lo stabilimento termale.

Allega alla presente:

* copia della prescrizione medica per cure termali rilasciata dal proprio medico di base (la ricetta originale sarà consegnata dall’utente direttamente alla struttura di cure termali) completa dei seguenti dati: generalità del curando, indirizzo e residenza, codice fiscale, codice di esenzione, patologia da elenco ministeriale e relativo ciclo di cura);
* certificato del medico di base attestante le condizioni di autosufficienza psico-fisica;
* copia dell’informativa debitamente datata e sottoscritta;
* copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
* copia tessera sanitaria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL RICHIEDENTE

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