



COMUNE DI LETTOMANOPPELLO

Provincia di Pescara

All'Amministrazione Comunale
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta di ammissione " Soggiorno climatico residenziale "

TIVOLI (Roma)

Anno 2021

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Lettomanoppello in Via _____

c.f. _____, tel. n. _____ cell. n. _____

(nome, cognome e recapito di un familiare: _____)

relazione di parentela _____)

CHIEDE

di essere ammesso al soggiorno climatico che codesto Comune istituirà dal

**Dal 22 Agosto al 02 Settembre 2021
a TIVOLI (Roma)**

Il sottoscritto dichiara:

- di sollevare il Comune da ogni responsabilità;
- di provvedere a versare e consegnare ricevuta della quota di partecipazione al soggiorno climatico di €. 636,00 (per i residenti) e di €. 650,00 (per i non residenti) presso l' Ufficio Servizi Sociali, entro la data di partenza;
- di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva la facoltà di non assicurare il soggiorno residenziale climatico qualora il numero dei partecipanti non dovesse raggiungere la quota minima di n. 16 utenti.

c/c postale n. 14133656 con la seguente causale:

"Cure termali a Tivoli Anno 2021"

Alla presente allega il certificato medico curante, attestante l'idoneità a vivere in collettività, l'assenza di malattie infettive e contagiose, la possibilità a svolgere attività ricreative per mancanza di impedimenti fisici e psichici e la necessità di cure termali.

Con osservanza.

Lettomanoppello, li _____

In Fede

ATTESTAZIONE MEDICO CURANTE

Il sottoscritto Dott. _____, in qualità di Medico di
famiglia del Sig. _____
nato a _____ il _____
c.f. _____

CERTIFICA

che il sunnominato paziente:

- risulta idoneo a vivere in collettività;
- è esente da malattie infettive e contagiose;
- è fisicamente e psichicamente idoneo a svolgere attività ricreative;
- è munito di Certificazione Verde COVID-19 (cd. "Green Pass");
- è munito di tampone molecolare e antigenico (test rapidi) negativo nelle 48 ore prima;
- è munito di certificato di guarigione dal COVID-19, emesso almeno 11 giorni dopo il primo test positivo e con validità di 180 giorni
- (se necessita di cure termali, specificare): _____

Firma e timbro
del Medico di base

P.S. Si prega cortesemente di consegnare copia di impegnativa medica