

Al Sig. Sindaco della Città di

CAMPI SALENTINA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente alla

Via _____ n. _____ tel. _____

C H I E D E

di poter usufruire del servizio trasporto a Santa Cesarea Terme, organizzato dal Comune di Campi Salentina, nel periodo dal **19 ottobre al 31 ottobre** ovvero dal **2 novembre al 14 novembre**, per effettuare il ciclo di cure termali di seguito contrassegnato:

- ☐ CURE INALATORIE (aerosol ed inalazioni)
- ☐ FANGOTERAPIA

A tal fine dichiara:

- di trovarsi in buono stato di salute e di autosufficienza psico-motoria, nonché l'assenza di malattie infettive o contagiose in atto;
- di esonerare con la presente l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventuali incidenti che possano verificarsi a cose e/o persone durante il ciclo di terapie e durante il trasporto (andata e ritorno) a Santa Cesarea Terme.

Allega:

-Fotocopia del documento di identità

Campi Salentina _____

FIRMA

Informazioni relative al trattamento dei dati personali

- Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per il quale la presente dichiarazione viene resa e/o il presente documento viene compilato.

Firma
