COMUNE DI POFI
Provincia di Frosinone
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
CURE TERMALI 2026
Terme Pompeo di Ferentino - dal 29 ottobre al 13 novembre 2026

Al Comune di Pofi
Ufficio Protocollo

Oggetto: richiesta partecipazione Ciclo Cure Termali organizzato dal Comune di Pofi.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a Pofi in Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____
Telefono/Cellulare _____ E-mail _____

CHIEDE

di partecipare al ciclo di cure termali organizzato dal Comune di Pofi, in collaborazione con le Terme Pompeo di Ferentino, nel periodo dal 29 ottobre al 13 novembre 2026, per complessivi 12 giorni di cura, con servizio di trasporto a carico dell'Amministrazione Comunale.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Pofi;
- di essere autosufficiente e in grado di utilizzare autonomamente il servizio di trasporto e di partecipare al ciclo di cure;
- di essere a conoscenza che i posti disponibili sono n. 50 e che, in caso di domande eccedenti, si applicheranno i criteri di priorità e l'ordine cronologico stabiliti dall'Avviso pubblico;
- di essere a conoscenza che il servizio prevede la partenza giornaliera alle ore 7:30 dal Piazzale della Biblioteca e il rientro previsto entro le ore 13:00;
- di essere a conoscenza che eventuali ticket sanitari, diritti fissi o esenzioni saranno determinati secondo la normativa vigente e verificati dalla struttura termale;
- di aver preso visione e di accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico Cure Termali 2026.di essere a conoscenza della normativa vigente e, nei limiti consentiti dalla legge, di sollevare il Comune di Pofi da responsabilità per fatti, danni o eventi non imputabili all'Amministrazione comunale o estranei all'organizzazione del servizio, nonché per eventuali conseguenze connesse alle proprie condizioni di salute, alle cure e ai trattamenti sanitari effettuati presso la struttura termale, che restano di competenza dei soggetti sanitari preposti;

PRESCRIZIONE MEDICA
Il richiedente allega la prescrizione del medico di famiglia con indicazione della diagnosi/patologia e del relativo ciclo di cure termali.

DOCUMENTI ALLEGATI
□ prescrizione del medico di famiglia;
□ copia della tessera sanitaria;
□ copia di un documento di identità in corso di validità.

DICHIARAZIONI E TRATTAMENTO DEI DATI
Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto riportato corrisponde al vero, consapevole delle responsabilità previste per dichiarazioni non veritiere, e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa dal Comune di Pofi ai sensi della normativa vigente. Autorizza il trattamento dei dati, anche relativi alla salute, esclusivamente per le finalità connesse alla partecipazione e all'organizzazione del ciclo di cure termali.

Pofi, _____

Firma del richiedente

_____