

Oggetto: Progetto Benessere 2021 - Cure termali

Il/La sottoscritto/anato/a..... il

e residente a in Via/Piazza

Tel. (obbligatorio)

in possesso di green pass

Localita' : Nola Centro Pizzone Piazzolla Polvica

(apporre una X sul quadratino di appartenenza territoriale)

C H I E D E

di partecipare al ciclo di cure termali per 12 giorni, che si terrà nel periodo di Settembre/Ottobre 2021 e di fruire del servizio di trasporto gratuito.

Altresì, ai fini di ottimizzare il servizio, e come rilevazione dati statistici, dichiara che intende usufruire della/e seguente/i terapia/e:

(apporre una X nel/i quadratino/i riportante/i la/e cura/e prescritta/e dal Medico:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FBT - FangoBalneoTerapia | <input type="checkbox"/> Balneoterapia | <input type="checkbox"/> Idromassaggio |
| <input type="checkbox"/> Docce Nasali semplici e micronizzate | <input type="checkbox"/> Insufflazioni Endotimpaniche | <input type="checkbox"/> Irrigazioni Ginecologiche |
| <input type="checkbox"/> Bagni ed Idromassaggiozonizzati | <input type="checkbox"/> Nebulizzazioni | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cure Inalatorie | <input type="checkbox"/> Aerosol | <input type="checkbox"/> Altro: (specificare) |
| | <input type="checkbox"/> Inalazioni | |

Il/La sottoscritta, altresì *dichiara* di essere informato/a, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Si allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità**
- copia della tessera sanitaria (codice fiscale)**
- copia della prescrizione sanitaria per le cure termali**
- copia del green pass;**

Nola,

Con osservanza

.....