

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI

BITRITTO

__ I __ sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ il _____ e residente a
_____ alla Piazza/Via _____
Tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

di usufruire del servizio trasporto presso il

- **Centro Termale di Torre Canne**, dal lunedì al sabato dalle ore 7,00 alle ore 14,00,
per partecipare a un ciclo di cure termali per il periodo:

- I turno dal **18/06 al 30-06-2018**
- II turno dal **02/07 al 16-07-2018**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la quota di partecipazione individuale è di € 70,00

DICHIARA

Di tenere sollevata l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità derivante dal servizio trasporto organizzato dal Comune di Bitritto c/o le Terme di Torre Canne.

Bitritto, il _____

In fede

ALLEGATI.

- Prescrizione medica per cure termali non conforme alla cura richiesta, pena esclusione.
- N.B. Gli utenti interessati ad effettuare le cure per Vasculopatie Periferiche dovranno presentarsi il giorno della visita medica di ammissione a digiuno, dovendo sottoporsi al prelievo venoso.

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI

BITRITTO

___ I ___ sottoscritt ___ nat ___ a
_____ il _____ e residente a
_____ alla Piazza/Via _____
Tel. _____ Genitore del minore _____ nato a
_____ il _____

CHIEDE

Che il proprio figlio possa usufruire del servizio trasporto presso il

- **Centro Termale di Torre Canne**, dal lunedì al sabato dalle ore 7,00 alle ore 14,00, per partecipare a un ciclo di cure termali per il periodo:

- I turno dal **18/06 al 30-06-2018**
 II turno dal **02/07 al 16-07-2018**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la quota di partecipazione individuale è di € 70,00

Il minore sarà accompagnato da _____

DICHIARA

Di tenere sollevata l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità derivante dal servizio trasporto organizzato dal Comune di Bitritto c/o le Terme di Torre Canne.

Bitritto, il _____

In fede

ALLEGATO

Prescrizione medica per cure termali non conforme alla cura richiesta pena esclusione.

- N.B. Gli utenti interessati ad effettuare le cure per Vasculopatie Periferiche dovranno presentarsi il giorno della visita medica di ammissione a digiuno, dovendo sottoporsi al prelievo venoso.