

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO (Prot. n. 6766 del 07.09.2023) PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA POTENZIALE PLATEA DEI CITTADINI ANZIANI (DONNE OVER 60 ED UOMINI OVER 65), RESIDENTI NEL TERRITORIO COMUNALE, INTERESSATI ALL'ESPLETAMENTO DI UN CICLO DI CURE TERMALI PRESSO LE TERME DI SANTA CESAREA TERME - ANNO 2023. Istanza di partecipazione -**

Il/la sottoscritt.. .....nat..... a ..... il  
..... residente a .....Prov.....  
via.....n....., Cod. Fisc..... recapito  
telefonico(**cellulare obbligatorio**).....recapito tel. fisso.....  
email .....@....., PEC.....@.....con  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) a ..... in Via/P.zza  
..... n. ....,

VISTO l'Avviso Pubblico n.6766 del 07.09.2023,

### **CHIEDE**

Di fruire del Servizio di trasporto e relativa organizzazione offerta dal Comune di Sogliano Cavour per l'espletamento di un ciclo di cure termali, come da prescrizione medica in allegato, presso le Terme di Santa Cesarea, da realizzarsi **nel periodo dal 02 ottobre 2023 al 14 ottobre 2023 (escluso la domenica);**

*A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;*

### **DICHIARA**

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000*

di essere cittadino italiano oppure \_\_\_\_\_(indicare la denominazione dello Stato facente parte dell'Unione Europea);

*oppure*

di essere cittadino \_\_\_\_\_(indicare la denominazione dello Stato non facente parte dell'Unione Europea e di essere in possesso di un permesso di soggiorno, in corso di validità);

di essere residente nel Comune di Sogliano Cavour;

di avere compiuto \_\_\_\_\_anni;

di essere in una condizione di autosufficienza;

di avere un'invaldità riconosciuta pari a \_\_\_\_\_%, come da certificazione in allegato;

di essere in possesso della prescrizione del medico di base (ricetta rossa) o specialista ASL, in allegato;

di essere impossibilitato a raggiungere autonomamente la sede delle Terme di Santa Cesare;

## DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Sogliano Cavour, che consentiranno l'accesso al beneficio, come precisate nel relativo Avviso Pubblico (Protocollo comunale n. 6766 del 07.09.2023);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;
- di essere a conoscenza che il Comune di Sogliano Cavour, in sede di istruttoria o successivamente, potrà esperire controlli, accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda. Pertanto, con la presente, autorizza il trattamento dei propri dati personali.

....., lì .....

Il/La dichiarante

.....

### **Si Allega:**

1. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente il beneficio;
2. prescrizione medica (ricetta rossa) del ciclo di cure termali che si intende effettuare;
3. eventuale certificazione di invalidità a partire dal 66% se interessati a beneficiare di n. 2 cicli di trattamento termale;
4. eventuale certificazione della patologia correlata al tipo di ciclo terapeutico da effettuare che da diritto allo svolgimento della stessa con il pagamento del solo ticket di € 3,10, in caso di richiedente di età inferiore a 65 anni.

### **ISTRUZIONI:**

- è possibile inviare la presente domanda tramite PEC al seguente indirizzo [servizisociali.comunesoglianoc@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizisociali.comunesoglianoc@pec.rupar.puglia.it) allegando copia di un documento di riconoscimento valido ( carta di identità, patente di guida, passaporto) oppure in cartaceo all'ufficio protocollo comunale (fino al giorno di apertura al pubblico degli uffici comunali);
- In caso di impossibilità ad inviare PEC oppure per essere supportato nella presentazione della domanda è possibile rivolgersi all'Ufficio di Segretariato Sociale attivo presso il Comune o contattare telefonicamente l'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale Comunale al n. **3488241969 o al n. 0836/1903540**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00, - 15.30-18.30.