

OGGETTO: Richiesta partecipazione cure termali **“Terme Sant’Egidio” – SUIO – Castelforte**

Periodo dal 14/09/2026 al 18/09/2026 e dal 21/09/2026 al 25/09/2026

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

Il _____ e residente in _____ prov. _____

Via _____ Telefono _____

Chiede di poter partecipare al ciclo di cure termali di cui all’oggetto.

Gli ospiti prima di iniziare il ciclo di cure:

- Verranno sottoposti a visita medica, durante la quale sarebbe utile portare in visione referti medici recenti attinenti la patologia da curare;
- Dovranno essere muniti della prescrizione rilasciata dal loro medico curante, relativa al ciclo di cure da praticare, (vedi allegato), di una fotocopia di un documento di riconoscimento e di una copia del tesserino sanitario;
- Potranno usufruire di uno sconto del 20% per l’acquisto di ulteriori cure oltre quella prescritta;
- Potranno accedere al Parco Piscine Naturali al prezzo convenzionato di € 10,00 giornaliero oppure con abbonamento convenzionato di € 50,00 per 10 ingressi valido dal lunedì al venerdì;
- Per coloro che dovranno effettuare la fango-balneoterapia, sarà necessario munirsi di costume, accappatoio, ciabatte, telo da bagno.

Si allega alla presente:

- Impegnativa medica;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Fotocopia del tesserino sanitario;
- Copia tessera iscrizione Centro Anziani APS “Mario Rotondo”.

_____, li _____

Il sottoscritto acquisita l’informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e preso atto del diritto di cui all’art. 7 del D.Lgs n. 196/2003, esprimo il mio consenso, previsto dall’art. 27 del D.Lgs n. 196/2003 all’intero trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa.

Firma del richiedente
