

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO TERMALE PER ANZIANI
PRESSO "ROSEO EUROTHERME WELLNESS RESORT 4*" (FC)**

DAL 30/08/2026 AL 10/09/2026

**Al Sig. SINDACO
del Comune di Campli**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
_____ Prov.o stato Estero _____ il _____
residente in _____ Via _____ N. civico _____ N.
telefono _____ Codice Fisc. _____
MEDICO CURANTE _____ Telefono _____

Punto di ritrovo:

- Fosso di Manso Campli;**
- Piazza dei Petruzzi Campoalano;**
- Piazza Madonna delle Vittorie S. Onofrio.**

CHIEDE

di poter partecipare al SOGGIORNO TERMALE PER ANZIANI organizzato da codesto Comune a
BAGNI DI ROMAGNA (FC) dal 30/08/2026 AL 10/09/2026

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni amministrative e della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- ✓ essere pensionato e autosufficiente;
- ✓ essere residente;
- ✓ essere domiciliati o non residenti nel comune di Campli;

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di aver preso visione dell'avviso pubblico "Soggiorno termale anziani presso "Bagni di Romagna (FC) 2026" e di accettarlo in ogni sua parte;
- ✓ Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.gs 196/2003.

Preferenze (barrare quella che interessa):

- in CAMERA MATRIMONIALE insieme a: _____
- in CAMERA DOPPIA insieme a: _____
- in CAMERA SINGOLA (con supplemento di Euro 35,00 al giorno, **Euro 385,00** per l'intero soggiorno, da pagare al Comune di Campli contestualmente alla quota di partecipazione).

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- Mod. ISEE 2026 (rilasciato da un CAF abilitato o dall'INPS);
- Richiesta del medico curante indicante le cure da effettuare (**obbligatorio**);
- Certificato del medico curante che attesti l'autosufficienza e il buon stato di salute (**obbligatorio**);
- Ricevuta del versamento per residenti (**obbligatorio**);
- Copia del documento di riconoscimento.

Campli, li _____

Firma



EUROTERME
Bagno di Romagna – FC
Tel. 0543/911414(tasto3)
e.mail: terme@euroterme.com

CURE TERMALI CONVENZIONATE

TIPO IMPEGNATIVA	DIAGNOSI
<ul style="list-style-type: none">FANGO + BAGNO TERAPEUTICO O FANGO CON DOCCIA DI ANNETTAMENTO	<ul style="list-style-type: none">OSTEOARTROSI ED ALTRE FORME DEGENERATIVEREUMATISMI EXTRA ARTICOLARI
<ul style="list-style-type: none">BAGNO	<ul style="list-style-type: none">OSTEOARTROSI ED ALTRE FORME DEGENERATIVEREUMATISMI EXTRA ARTICOLARI
<ul style="list-style-type: none">STUFE O GROTTE	<ul style="list-style-type: none">OSTEOARTROSI ED ALTRE FORME DEGENERATIVEREUMATISMI EXTRA ARTICOLARI
<ul style="list-style-type: none">INALATORIE	<ul style="list-style-type: none">SINUSITI CRONICHEFARINGOLARINGITIRINOPATIA VASOMOTORIASINDROMI RINOSINUSITICHE BRONCHIALI CRONICHE
<ul style="list-style-type: none">SORDITA' RINOGENA	<ul style="list-style-type: none">STENOSI TUBARICAOTITE CATARRALE CRONICA
<ul style="list-style-type: none">CICLO DI CURA INTEGRATO ALLA VENTILAZIONE POLMONARE CONTROLLATA	<ul style="list-style-type: none">BRONCOPATIE CRONICHEBRONCHITI CRONICHE SEMPLICI O ACCOMPAGNATE A COMPONENTE OSTRUTTIVA
<ul style="list-style-type: none">CICLO DI CURE PER VASCULOPATIE PERIFERICHE	<ul style="list-style-type: none">POSTUMI DI FLEBOPATIE DI TIPO CRONICO
<ul style="list-style-type: none">IRRIGAZIONI VAGINALI	<ul style="list-style-type: none">LEUCORREA PERSISTENTE DA VAGINITI CRONICHECERVICOVAGINITE DISTROFICAVAGINITE
<ul style="list-style-type: none">IRRIGAZIONI VAGINALI + BAGNO TERAPEUTICO	<ul style="list-style-type: none">LEUCORREA PERSISTENTE DA VAGINITI CRONICHECERVICOVAGINITE DISTROFICAVAGINITE

**NON E' NECESSARIO ANDARE ALLA USL.:
BASTA L'IMPEGNATIVA-RICETTA DEL MEDICO REDATTA SU RICETTARIO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
SI PUÒ RICHIEDERE UNA SOLA IMPEGNATIVA ED UNA SOLA VOLTA ALL'ANNO ESCLUSI ALCUNI
CASI DI INVALIDITA'.**