



**COMUNE di PAGANI**  
(Provincia di Salerno)

**Al Responsabile del Settore  
SUAP, Protezione Civile e Servizi alla Città  
COMUNE DI PAGANI**

**Oggetto: Domanda di partecipazione alle cure Termali FORLENZA 2024**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Pagani  
(SA) C.F. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alle cure presso le Terme FORLENZA

*Alla presente allega la seguente documentazione:*

- 1) Ricetta medica in originale rilasciata dal proprio medico di famiglia completa dei seguenti dati: generalità del curando, indirizzo e residenza, codice fiscale, codice di esenzione, codice cura, sigla della provincia, patologia da elenco ministeriale e relativo ciclo di cure\*;
- 2) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) Copia del Tesserino sanitario;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\*Dicitura da riportare nell'impegnativa (ricetta rossa) del medico curante per accedere ai cicli di cure termali:

- FANGHI e BAGNI TERAPEUTICI per ARTROSI;
- CURE INALATORIE per OTITE e FARINGITE CRONICA