**Al Responsabile ad interim del Settore**

**Demografici, Pubblica Istruzione e Politiche Sociali**

**COMUNE DI PAGANI**

**Oggetto: Domanda di partecipazione alle cure Termali FORLENZA 2025.**

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

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

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:

Ciclo di Fanghi e bagni termali (Cod. 89.90.2)