

AL COMUNE DI RIPI

__L__ SOTTOSCRITT__ _____

NAT__ A _____ IL _____

RESIDENTE A RIPI IN VIA _____

TEL. _____ / _____

CHIEDE

**DI POTER PARTECIPARE AL CICLO DI CURE TERMALI PRESSO LE TERME POMPEO –
FERENTINO PER IL PERIODO DAL 21/11/2023 AL 06.12.2023**

ALLEGA ALLA PRESENTE :

- PRESCRIZIONE MEDICA
- COPIA TESSERA SANITARIA
- DOCUMENTO D'IDENTITA'

A tal fine dichiara di essere a conoscenza della normativa vigente in materia e solleva codesta Amministrazione da qualsiasi responsabilità inerente e conseguente l'organizzazione per cui viene richiesta la partecipazione.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per i procedimenti connessi alla presente istanza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

La presente istanza costituisce dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli articoli 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e S.M.I.

RIPI, LI' _____

Firma
