

## MODELLO DI DOMANDA (ALL. B)

**Soggiorno Termale Anziani – 27 settembre / 11 ottobre 2026 (14 notti)**

**Al Comune di TARANTO- DIREZIONE SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in TARANTO alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al **Soggiorno Termale Anziani 2026**, organizzato dal Comune di TARANTO presso l'Albergo Palazzo - Terme e Centro Benessere 4\* di Santa Cesarea terme (LE), nel periodo **27 settembre – 11 ottobre 2026**, come previsto dall'**Avviso Pubblico**.

### DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- di essere residente nel Comune di Taranto;
- di avere età pari o superiore a:
  - **65 anni** se uomo;
  - **65 anni** se donna;
- di essere **autosufficiente** e in condizioni idonee alla partecipazione al soggiorno;
- di essere consapevole che eventuali **escursioni facoltative** saranno a carico dei partecipanti;
- di accettare integralmente le condizioni previste dall'Avviso Pubblico;
- di impegnarsi al pagamento della quota di partecipazione stabilita dall'Amministrazione.

### RICHIEDE

(eventuale, barrare la casella)

☐ Sistemazione in **camera doppia/matrimoniale**

☐ Sistemazione in **camera doppia con persona indicata**: Nome e Cognome \_\_\_\_\_

☐ Sistemazione in **camera singola** (se disponibile e con eventuale supplemento)

**dichiara di richiedere, per sé, le seguenti variazioni del regime alimentare:**

☐ Nessuna esigenza alimentare particolare

☐ Dieta per motivi sanitari (specificare): \_\_\_\_\_

☐ Intolleranze/allergie alimentari (specificare): \_\_\_\_\_

☐ Regime alimentare specifico (specificare): \_\_\_\_\_

☐ Altre esigenze alimentari: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole dell'obbligo di comunicare eventuali esigenze alimentari particolari (quali intolleranze, allergie, necessità legate a motivi sanitari o specifiche esigenze personali) **al momento della conferma dell'ammissione, contestualmente al pagamento della quota di partecipazione** e comunque entro e non oltre 7 giorni prima della partenza, al fine di consentire alla struttura ospitante la corretta organizzazione del servizio di ristorazione.

### TRATTAMENTI TERMALI

☐ Si richiede l'effettuazione dei trattamenti termali convenzionati con il S.S.N.

☐ Si allega **impegnativa del medico di base** (obbligatoria per le cure termali)

### ALLEGATI OBBLIGATORI

1. Autocertificazione stato di famiglia
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione indicante il valore Isee del nucleo e gli estremi della DSU
3. Documento di identità + tessera sanitaria
4. Certificato medico di autonomia fisica
5. Prescrizione medica ("ricetta rossa") relativa alle cure che si intendono effettuare

TARANTO, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

- Il sottoscritto esprime il proprio consenso all'utilizzo dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "codice in materia di protezione dati personali").

FIRMA

\_\_\_\_\_

- Tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono autocertificate dal sottoscrittore, consapevole delle **responsabilità penali** cui si assume ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, essendo a conoscenza che l'Amministrazione potrà effettuare **controlli diretti** ad accertare la veridicità delle informazioni fornite e che, in caso di falsa dichiarazione, verranno a **decadere tutti i benefici** eventualmente conseguiti ai fini dell'ammissione al soggiorno termale.

FIRMA

\_\_\_\_\_