COMUNE DI SPINAZZOLA
CITTA' DI PAPA INNOCENZO XII

Provincia di Barletta Andria Trani
Servizio Affari Generali
Ufficio welfare – Politiche Sociali

AUTOCERTIFICAZIONE
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CURE TERMALI 2025
(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Al Comune di Spinazzola
Ufficio Welfare - Politiche Sociali
76014 – Spinazzola (BT)

Il/la sottoscritto/a

Cognome:_____Nome_____

Codice fiscale: _____
Luogo di nascita_____Data di nascita_____/_____/_____
Residente a_____ Piazza/Via_____N° _____

Telefono_____ (**obbligatorio**),
email_____

CHIEDE

alla S.V. di partecipare al servizio di trasporto per le Terme di Margherita di Savoia, organizzato in favore delle persone anziane per un ciclo di 12 giorni dal lunedì al sabato, escluso la domenica**.**

Dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere autosufficiente;
di essere a conoscenza delle disposizioni dell'Avviso pubblico;
di sollevare il Comune da ogni forma di responsabilità;
di indicare come luogo di raccolta una delle zone sotto indicate (**barrare con una X**):

- □ Distributore AGIP
- □ Piazza Plebiscito
- □ ex presidio ospedaliero

Allega alla presente i seguenti documenti:

A. prescrizione del medico di medicina generale per il ciclo di cure termali (anche in copia);
B. copia del documento di riconoscimento;
C. copia della tessera sanitaria;

Spinazzola lì _____

FIRMA

_____