

**FORMULARIO DI ISCRIZIONE**  
**PROGETTO "I COLORI DELLA SALUTE 2014"**  
**CICLO DI CURE TERMALI**

**IL SOTTOSCRITTO**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.
Telefono FISSO:	Telefono MOBILE:		
<b>ISEE € :</b>	al (data):		
<b>Ticket sanitario dovuto:</b> (versato direttamente al personale dello stabilimento termale all'atto della colloquio)	€ Euro 8.10  € Euro 60,00		

**chiede**

l'iscrizione al progetto ed allega la seguente documentazione

- € regolare impegnativa per le cure termali rilasciata dal proprio medico di famiglia completa dei seguenti dati: generalità del curando, indirizzo e residenza, codice fiscale, codice di esenzione, sigla della provincia e codice ASReM, patologia da elenco ministeriale e relativo ciclo di cura;
- € ECG di data recente per i curanti che dovranno effettuare la fango-balneoterapia;
- € quota di iscrizione pari ad almeno 25,00 € a titolo di contributo volontario a copertura delle spese di organizzazione da versare direttamente al personale dell'Agenzia Agorà (ad ogni partecipante l'Agenzia rilascerà ricevuta NON fiscale che attesta l'avvenuto pagamento);
- € copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- € copia del tesserino sanitario.

*(Barrare la documentazione allegata)*

## dichiara di

- € essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 de medesimo D.P.R 445/2000.
- € essere nelle condizioni di affrontare autonomamente il viaggio in pullman di andata e ritorno esonerando l'organizzazione da qualsiasi responsabilità.
- € essere a conoscenza del fatto che la quota di iscrizione verrà restituita solo nel caso in cui non sarà raggiunto il numero minimo di 48 partecipanti per gruppo.

Data: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 2014      Firma \_\_\_\_\_

## consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,

PRESTA IL SUO CONSENSO                       NEGA IL SUO CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale:

DIRETTO INTERESSATO                       SOGGETTO AVENTE RAPPRESENTANZA LEGALE

SOGGETTO ESERCITANTE PATRIA POTESTÀ'       TUTORE LEGALE

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.06.2003, n.196

AUTORIZZA                                       NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 2014      Firma \_\_\_\_\_