

 **MONTAGNA PESCARESE COMUNE DI MANOPPELLO ECAD 17**

Allegato 1

 **- All’Ufficio Protocollo Comune di ………………………………………………..**

 **- via mail al Comune di Manoppello**

 **Piazza Cipressi, 1, 65024 Manoppello (PE)**

 **Mail:** **ecad.sociale17@gmail.com** **o** **protoocollo@comune.manoppello.pe.it**

**MODULO DI ADESIONE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE CURE TERMALI presso la struttura “*Terme inn POPOLI”***

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE** |
| Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di (diretto interessato richiedente o di familiare, tutore, amministratore di sostegno o altroautorizzato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presenta la domanda per la partecipazione alle Terme di Popoli in oggetto in favore di (nome e cognome del partecipante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 A tale fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni ed integrazioni,

**DICHIARA**

- di voler partecipare al servizio delle CURE TERMALI DI POPOLI TERME, organizzato dall’ECAD 17 Manoppello insieme al mio Comune di residenza;

- di voler partecipare al servizio CURE TERMALI DI POPOLI TERME nel seguente periodo previsto (indicare con una **x** l’opzione prescelta):

□ **da lunedì 24 Giugno a sabato 6 Luglio (escluso domenica 30 giugno)**

**□ da lunedì 8 a sabato 20 Luglio (escluso domenica 14 Luglio)**

-di appartenere ad una o più delle seguenti categorie:

□ diversamente abile ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92

□ diversamente abile ai sensi dell’art. 3 comma 1 della L. 104/92

□ over 65

-che, in quanto utente diversamente abile se non autosufficiente, sarà accompagnato dal Sig./dalla Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare documento di riconoscimento)

**Il sottoscritto dichiara altresì:**

□ di aver preso visione della seguente informativa sulla privacy: Informativa breve sulla privacy

|  |
| --- |
| La procedura inerente la presente richiesta comporta il trattamento dei dati personali degli istanti da parte dell’Ente concedente il beneficio. Tale trattamento è finalizzato allo svolgimento del procedimento per l’erogazione del/i servizio/i richiesto/i, nell’ambito delle attività che i Comuni e l’Ambito sociale predispongono nell’interesse pubblico e nell’esercizio dei pubblici poteri. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli forniti dal dichiarante con il presente modulo e quelli acquisiti dai portali telematici a disposizione dei Comune e dell’Ambito sociale. I dati saranno elaborati dal personale, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I dati possono essere comunicati all’esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i. e per l’adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni ai sensi del D.Lgs. 33/2013. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it. Il Comune e l’Ambito sociale sono i titolari del trattamento dei dati. L’informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili presso il sito internet del Comune o presso gli appositi uffici. |

**Si allega alla presente domanda** (OBBLIGATORIO)**:**

□ documento d’identità in corso di validità;

□ prescrizione del proprio medico di medicina generale che attesta la possibilità di partecipazione alle cure termali di Popoli Terme;

□ documento d’identità in corso di validità dell’eventuale accompagnatore.

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_