

UNIONE DEI COMUNI MONTANI  
"MAIELLA ORIENTALE-VERDE AVENTINO"

**ENTE CAPOFILA**

**ZONA DI GESTIONE SOCIALE N. 2**

**DELL'AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N.12 SANGRO-AVENTINO**

Sede Legale: Via Roma n.3 - 66017 PALENA (CH)

Partita IVA: 02510950690 – Centralino: 0872 918112 – Fax: 0872 918847 P.E.C. [zonasociale@pec.it](mailto:zonasociale@pec.it)



## **COMUNE DI FARA SAN MARTINO**

**CONTRIBUTI CURE TERMALI ANZIANI E DISABILI – ANNO 2023**

**ISTANZA DI AMMISSIONE** ([da presentare entro le ore 12.30 del 27.07.2023](#))

### **IL SOTTOSCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente in Fara San Martino (CH) in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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

### **CHIEDE**

**L'AMMISSIONE A CONTRIBUTO CURE TERMALI ANZIANI e DISABILI ANNO 2023**

- per se stesso quale residenti ultrasessantacinquenni (65 anni compiuti alla data di inizio delle terapie termali) autosufficienti e che non esercita attività lavorativa, che necessitano di terapie termali come da impegnativa medica allegata**
- quale Accompagnatore del sottoindicato Residente Disabile al 100% con accompagnamento che necessita di cure termali come da impegnativa medica allegata**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Fara San Martino (CH) in Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

- per il Residente Disabile al 100% con accompagnamento sopra indicato (unico modulo per entrambi)**

### **DICHIARA**

che entro il 30/09/2023 effettuerà il soggiorno termale della durata minima di due settimane e precisamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in località \_\_\_\_\_ come da

prenotazione alberghiera allegata per un costo individuale di € \_\_\_\_\_

preventivo prenotazione alberghiera allegata per un costo individuale di € \_\_\_\_\_

## DICHIARA

di essere a conoscenza che il contributo è a ristoro delle spese di ospitalità alberghiera presso strutture situate sul territorio italiano, ed è fissato negli importi massimi come di seguito specificati:

- il 50% del costo del soggiorno alberghiero fino ad un massimo di € 400,00 per ciascun residente ultrasessantacinquenne, con prenotazione di cure termali
- il 100% del costo del soggiorno alberghiero fino ad un massimo di € 600,00 per ciascun residente disabile 100% con accompagnamento, con prenotazione di cure termali
- il 50% del costo del soggiorno alberghiero fino ad un massimo di € 400,00 per l'accompagnatore di disabile 100% con accompagnamento (senza obbligo di cure termali)

**Le istanze dovranno essere presentate entro le ore 12.30 del 27 luglio 2023 e saranno accolte in ordine cronologico fino a concorrenza di risorse destinate in bilancio**

**il richiedente inoltre**

## DICHIARA

- di non fruire per il medesimo soggiorno di altra forma di contributo/beneficio pubblico (*statale, comunale e/o dell'Ente di Ambito Sociale di appartenenza*), pena la decadenza dal beneficio;
- di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato solo a presentazione di idonea documentazione da presentare entro e non oltre il 13/10/2023, pena la decadenza dal beneficio;
- di essere a conoscenza che i contributi verranno assegnati agli aventi diritto in ordine di presentazione delle istanze fino a concorrenza dello stanziamento delle risorse di bilancio

**in caso di assegnazione del contributo SI IMPEGNA a produrre entro il 13/10/2023**

- fattura della struttura alberghiera intestata al richiedente riportante il periodo di soggiorno ed il costo individuale
- attestazione dell'avvenuta effettuazione delle cure termali rilasciata dal centro termale (*non richiesta per accompagnatore disabile*)

Il sottoscritto inoltre, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 Titolo I e Titolo III, capo I e II, riceveva preventiva informazione circa l'utilizzo dei dati personali dichiarati,

## AUTORIZZA

Il Comune di Fara San Martino e la Zona di Gestione Sociale n. 2 dell'Ente D'Ambito Distrettuale Sociale n.12 all'inserimento degli stessi nel proprio archivio elettronico, consentendone il trattamento e la diffusione a terzi, esclusivamente nei limiti e con le modalità necessarie allo svolgimento delle finalità istituzionali dell'Ente.

Si allega:

- copia documento di riconoscimento
- copia verbale invalidità (se ricorre)
- prenotazione e/o preventivo struttura alberghiera

Li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

---