



Prot. n. _____

Spett.le Comune di Ploaghe
Servizio Socio Assistenziale

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
Residente in via _____ n. _____ Tel. _____

Chiede:

di poter partecipare al Soggiorno termale Anziani per l'annualità 2024 nel seguente periodo prescelto:

- dal 01/09/2024 al 07/09/2024 (una settimana)
- dal 01/09/2024 al 14/09/2024 (due settimane)

Di poter usufruire di una stanza:

- Doppia uso singola (supplemento di € 260,00 per due settimane ed € 130,00 per una settimana);
- Matrimoniale da condividere con _____
- Doppia da condividere con _____
- Tripla da condividere con _____

Si informa che l'amministrazione comunale di Ploaghe ai sensi del D.L. 30.06.03 n. 196 e seguenti modifiche ed integrazioni utilizzerà i dati personali per fini istituzionali e nei limiti stabiliti dalla Legge e dai Regolamenti, al fine di far confluire gli stessi nei provvedimenti amministrativi in uso (deliberazioni, determinazioni, contratti, elenchi comunque denominati ...), suscettibili di pubblicità

Si allega:

- Certificato medico attestante la prescrizione per il soggiorno termale con la specificazione delle cure da effettuarsi, da consegnare entro il 19/08/2024;
- Versamento di euro 100,00 quale caparra confirmatoria.

Ploaghe li ____/____/2024

Firma