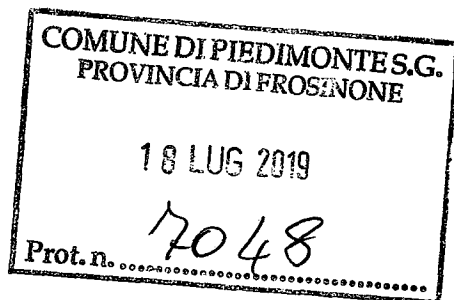


# CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Piazza Sturzo – 03030 Piedimonte San Germano- tel. 0776-401003- 403203 fax 0776-404952 email : [cons.servizisociali@libero.it](mailto:cons.servizisociali@libero.it)

Prot.2260



Lì 01/07/2019

Al Comune di

Piedimonte S. G..

**Oggetto :** Cure termali 2019

Con la presente , si trasmette , modello di domanda e manifesto per le cure termali a Suio ( Castelforte) presso lo Stabilimento Le Vescine , che *si terranno dal 18 Settembre al 1 Ottobre 2019, con partenza alle ore 7.00 da Piazza Sturzo.*

Si ricorda che la partecipazione deve essere assicurata da almeno 50 partecipanti.

Distinti Saluti

F.to Il Presidente  
Fabrizio Edoardo Antonino

**CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE  
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE  
DEI SERVIZI SOCIALI**

03030 Piedimonte San Germano- Piazza Sturzo - tel. 0776.403203 - fax 0776.404952  
c.f. 90009320608 e-mail cons.servizisociali@libero.it

---

**CURE TERMALI  
- ANNO 2019 -  
SERVIZIO DI TRASPORTO**

L'AMMINISTRAZIONE CONSORTILE ORGANIZZA IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER LE CURE TERMALI PRESSO GLI STABILIMENTI DI SUIO CASTELFORTE.

POSSONO PRESENTARE RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE, **ENTRO IL 09 AGOSTO**

SOGGETTI DI ETA' COMPRESA TRA 55/80 SE DONNE E 60/80 SE UOMINI, UTILIZZANDO I MODELLI IN DISTRIBUZIONE PRESSO L'UFFICIO ASSISTENZA DEL COMUNE DI RESIDENZA.

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DEVE ESSERE IN POSSESSO DELLA RICETTA DEL MEDICO CURANTE, ASSICURANDO COSI' LA PROPRIA PARTECIPAZIONE.

QUALORA NON SI DOVESSE RAGGIUNGERE IL NUMERO MASSIMO DELLA CAPIENZA DEL PULLMAN ( 55 POSTI ) POSSONO PRESENTARE DOMANDA SOGGETTI DI ETA' AL DI SOTTO DELLA FASCIA SOPRA INDICATA CHE NECESSITANO DELLE CURE TERMALI , PRESENTANDO CERTIFICATO MEDICCO ATTESTANTE L'EFFETTIVA NECESSITA'.

PIEDIMONTE S.G. 18.07.2019

F.TO IL PRESIDENTE  
(FABRIZIO EDOARDO ANTONINO)

*Al Consorzio dei Comuni del Cassinate  
Per la programmazione e gestione  
Dei Servizi Sociali*

COMUNE DI

---

**SERVIZIO DI TRASPORTO PER CURE TERMALI  
- ANNO 2019-**

*Il sottoscritto*

<i>Cognome e nome:</i>	
<i>Luogo di nascita:</i>	
<i>Data di nascita:</i>	
<i>Comune di residenza:</i>	
<i>Indirizzo:</i>	
<i>Telefono:</i>	

**Chiede** *Alla S. V. di poter fruire del trasporto per le cure termali a Suio anno 2019, sollevando, con la presente, il Consorzio da qualsiasi responsabilità per fatti e situazioni che dovessero verificarsi nell'ambito di tale servizi:*

*lì,*

---

FIRMA

---

*Al Consorzio dei Comuni del Cassinate  
Per la programmazione e gestione  
Dei Servizi Sociali*

COMUNE DI

---

SERVIZIO DI TRASPORTO PER CURE TERMALI  
- ANNO 2019 -

*I sottoscritti:*

	<i>Marito</i>	<i>Moglie</i>
<i>Cognome e nome:</i>		
<i>Luogo di nascita:</i>		
<i>Data di nascita:</i>		
<i>Comune di residenza:</i>		
<i>Indirizzo:</i>		
<i>Telefono:</i>		

**Chiedono**

*Alla S. V. di poter fruire del trasporto per le cure termali a Suo  
anno 2019, sollevando, con la presente, il Consorzio da qualsiasi  
responsabilità per fatti e situazioni che dovessero verificarsi  
nell'ambito di tale servizi:*

\_\_\_\_\_  
li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_