



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore - D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017

Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594

Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

Email :serviziosociale@hotmail.it;cmamit@regione.abruzzo.it;informazioni@sirentina.it

REGOLAMENTO DI AMMISSIONE AL SOGGIORNO TERMALE A RICCIONE ANNO 2019 DECORRENZA DAL 09.06.2019 AL 23.06.2019

- 1) POSSONO PARTECIPARE AL SOGGIORNO PERSONE AUTOSUFFICIENTI SENZA LIMITI DI ETA'
 - 2) IL COSTO DEL SOGGIORNO E' DI € 560 COMPRESIVO DI ALBERGO E SPIAGGIA (DUE LETTINI E UN OMBRELLONE.
 - 3) IL MODULO PER L'AMMISSIONE AL SOGGIORNO PUÒ ESSERE RITIRATO PRESSO:
 - IL COMUNE DI RESIDENZA;
 - GLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI SITI PRESSO LA COMUNITÀ MONTANA;
 - ANTANA;
 - 4) LA DOMANDA DOVRA' ESSERE CORREDATA DALLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE E DOVRA' PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL **05/04/2018** SPEDITA O CONSEGNA TA ALLA COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA" – Ufficio Zona di Gestione 11 - VIA CAVOUR, 43/a - BARISCIANO,
 - **RICEVUTA DI VERSAMENTO** SUL CCP N. **10107670** INTESTATO A COMUNITA' MONTANA ZONA B
 - **IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE COMPLETA DI DIAGNOSI E CURA**
 - 5) IN CASO DI RECESSO L'ENTE TRATTERÀ € 100,00 DAL RIMBORSO COME CAUZIONE A COPERTURA DELLE SPESE
- N.B.:** - SI FA PRESENTE CHE SONO DISPONIBILI **SOLO 5 CAMERE SINGOLE**, LE QUALI PREVEDONO UN SUPPLEMENTO DI € 5,00 AL GIORNO DA PAGARE DIRETTAMENTE PRESSO LA STRUTTURA ALBERGHIERA E VERRANNO ASSEGNATE IN ORDINE DI ARRIVO DELLE DOMANDE.
- **PRIMA DI EFFETTUARE IL VERSAMENTO** VERIFICARE PRESSO L'ENTE LA DISPONIBILITA' DEI POSTI AL FINE DI EVITARE SUCCESSIVI DISGUIDI AVENDO LA DISPONIBILITA' DI CIRCA 50 POSTI.
 - PER MAGGIORI INFORMAZIONI È POSSIBILE RIVOLGERSI **AGLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI** DELLA COMUNITA' MONTANA, - TEL. 0862/89661. DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 12,00 DAL LUNEDI' AL VENERDI'.

Barisciano, lì 11/02/2019

Ufficio di Piano ECAD 5
"Montagna Aquilane"

OGGETTO: Soggiorno Termale Anno 2019

_____ I sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente _____ Via _____ Tel _____

PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL SOGGIORNO:

- a) TERMALE A RICCIONE
- b) MARINO A RICCIONE

DICHIARA

- 1) Di essere residente nel Comune di _____;
- 2) Di impegnarsi ad osservare scrupolosamente le norme logistiche ed organizzative del soggiorno stabilite dall'Amministrazione;
- 3) Di sollevare l'Amministrazione stessa da qualsiasi responsabilità per perdite o danni che dovessero capitare durante il viaggio di andata e ritorno e nel periodo di soggiorno;
- 4) Ai fini del soggiorno in albergo informa di aver stabilito di occupare la camera insieme al/ alla Sig. _____;
- 5) In mancanza delle informazioni di cui sopra, si impegna ad accettare le determinazioni dell'Amministrazione;
- 6) Di essere in possesso di documento di riconoscimento valido.
- 7) Sono consapevole che in caso di recesso l'ente tratterrà € 100,00 dal rimborso come cauzione per coprire le spese
- 8) Sono consapevole che la domanda dovrà **PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL 05/04/2019.**
(pena esclusione raggiunto 52 posti)

Allega alla presente la Ricevuta di versamento di Euro **€560**

(c.c.p n°10107670 intestato a Comunità Montana Zona B - causale: Soggiorno Termale 2018).

NB:

- **L'impegnativa del medico** curante deve riportare la diagnosi completa per la cura richiesta e deve essere **rigorosamente presentata all'Ente.**
- In caso di **fangoterapia** munirsi di elettrocardiogramma di validità almeno di tre mesi.
- **I posti nell'autobus** verranno fissati dall'ente rispettando l'ordine di arrivo delle domande.
- Si fa presente che sono disponibili **SOLO 5 CAMERE SINGOLE**, le quali prevedono un supplemento di **€ 5,00** al giorno da pagare direttamente presso la struttura alberghiera, **che verranno assegnate ai primi richiedenti.**
- Per maggiori informazioni è possibile rivolgersi **agli uffici dei servizi sociali** della Comunità Montana, tel. 0862/89661. Dalle ore 10,00 alle ore 12,00 nei giorni di Lunedì e Giovedì.
- **Prima di effettuare il versamento** verificare presso l'ente la disponibilità dei posti onde evitare disguidi.

DATA _____

(firma)